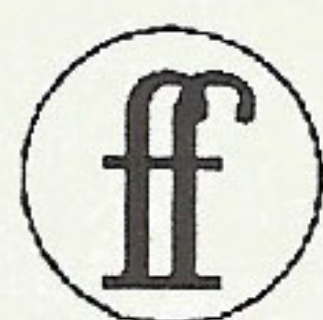
ETNICIDADE NA AMÉRICA LATINA: UM DEBATE SOBRE RAÇA, SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS

ETNICIDADE NA AMÉRICA LATINA: UM DEBATE SOBRE RAÇA, SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS

Simone Monteiro e Livio Sansone
Organizadores

EDITORA FIOCRUZ

AUTORES

André Junqueira Caetano
Economista. Ph.D. em Sociologia pela University of Texas (Austin), pesquisador do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais.
caetano@cedeplar.ufmg.br

Beth A. Conklin
Antropóloga. Doutora em Antropologia Médica pela Universidade da Califórnia (São Francisco e Berkeley), professora associada de Antropologia na Universidade de Vanderbilt (EUA). Editora da *Medical Anthropology Quarterly*.
beth.a.conklin@vanderbilt.edu

Carlos E. A. Coimbra Jr.
Biólogo. Ph.D. em Antropologia Médica/Epidemiologia pela University of Massachusetts, pesquisador do Departamento de Grandes Endemias da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. Editor dos *Cadernos de Saúde Pública*.
carlos_coimbrajr@ gbl.com.br

Esther Jean Langdon
Antropóloga. Doutora em Antropologia pela Universidade de Tulane (EUA), professora do Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina.
jean@cfh.ufsc.br

Fátima Oliveira
Médica. Secretária executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.
fatimao@medicina.ufmg.br

Fernando Murillo Cruz
Líder comunitário. Membro do Centro de Investigación y Documentación Socioeconómica da Facultad de Ciencias Sociales y Económicas da Universidad del Valle e da Organización Afrocolombiana Etno-Educativa Ashanty (Distrito de Aguablanca/Cali). furrea@ert.com.co

Fernando Urrea Giraldo
Sociólogo. Mestre em Ciência Política pela Universidad de los Andes (Bogotá), professor titular do Departamento de Ciencias Sociales da Facultad de Ciencias Sociales y Económicas da Universidad del Valle (Cali), pesquisador do Centro de Investigación y Documentación Socioeconómica da Universidad del Valle.
furrea@ert.com.co

Francisco Inácio Bastos
Médico. Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, pesquisador associado do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz.
bastos@cict.fiocruz.br

Hernán Darío Herrera
Estudante de Sociologia da Universidad del Valle (Cali), membro do Centro de Investigación y Documentación Socioeconómica da Facultad de Ciencias Sociales y Económicas da Universidad del Valle e da Organización Afrocolombiana Etno-Educativa Ashanty (Distrito de Aguablanca/Cali).
furrea@ert.com.co

José Carlos dos Anjos
Sociólogo. Doutor em Antropologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professor adjunto do Departamento de Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
jcdosanjos@hotmail.com

Livio Sansone (org.)
Antropólogo. Doutor em Antropologia pela Universidade de Amsterdã, professor do Departamento de Antropologia da Universidade Federal da Bahia.
sansone@ufba.br

Luiza Garnelo
Médica. Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas, professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amazonas e pesquisadora do Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, da Fundação Oswaldo Cruz.
luiza.garnelo@amazonia.fiocruz.br

Mara Viveros Vigoya
Antropóloga. Doutora em Antropología pela L'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Paris), professora associada do Departamento de Antropologia e pesquisadora do Centro de Estudios Sociales da Facultad de Ciencias Humanas da Universidad Nacional da Colombia.
maraviveros@tutopia.com

Marcos Chor Maio
Sociólogo. Doutor em Ciência Política pelo Instituto de Pesquisa do Rio de Janeiro da Universidade Candido Mendes, pesquisador e professor do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.
maio@alternex.com.br

Mary Lilya Congolino Sinisterra
Pedagoga. Membro do Centro de Investigación y Documentación Socioeconómica da Facultad de Ciencias Sociales y Económicas da Universidad del Valle e da Organización Afrocolombiana Etno-Educativa Ashanty (Distrito de Aguablanca/Cali). furrea@ert.com.co

Monica Grin
Historiadora. Doutora em Ciência Política pelo Instituto de Pesquisa do Rio de Janeiro da Universidade Candido Mendes, professora do Departamento de História e do Programa de Pós-graduação em História Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pesquisadora do Núcleo da Cor/UFRJ.
grin@plugue.com.br

Peter Fry
Antropólogo. Doutor pela University College of Rhodesia and Nyasaland (Londres), professor titular de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
peterfry@uol.com.br

Renato Athias
Filósofo. Doutor em Antropologia pela Université de Paris X (Nanterre), professor do Programa de Pós-Graduação em Antropologia e coordenador do Núcleo de Pesquisas sobre Etnicidade da Universidade Federal de Pernambuco.
rathias@ufpe.br

Simone Monteiro (org.)
Psicóloga. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, chefe e pesquisadora adjunta do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, do Departamento de Biologia do Instituto Oswaldo Cruz, da Fundação Oswaldo Cruz.
msimone@ioc.fiocruz.br

Teodora Hurtado Saa
Socióloga. Pesquisadora associada do Centro de Investigación y Documentación Socioeconómica da Facultad de Ciencias Sociales y Económicas da Universidad del Valle e da Organización Afrocolombiana Etno-Educativa Ashanty (Distrito de Aguablanca/Cali).
furrea@ert.com.co

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Este livro tem por objetivo refletir sobre as desigualdades sociais, seus reflexos na área da saúde, particularmente as que se referem a questões étnico-raciais. Trata-se de uma proposta de ampliação da escassa literatura, no âmbito da América Latina, acerca das interfaces entre etnicidade, saúde, sexualidade e gênero. A partir das contribuições das ciências sociais e da saúde, os trabalhos aqui reunidos discutem os conceitos de raça e etnicidade, e suas relações com o campo da saúde. Abordam, ainda, os resultados de investigações referentes à saúde reprodutiva, envolvendo grupos indígenas e a população negra, bem como reflexões acerca dos desafios na implementação de políticas públicas com recorte étnico/racial.

A proposta de conjugar os trabalhos de especialistas em povos indígenas e população negra visa examinar os contrastes e as aproximações, no campo da saúde reprodutiva, entre grupos étnico-raciais excluídos historicamente no contexto da América Latina e, desta forma, ampliar o debate sobre as especificidades culturais associadas à condição étnico-racial. Vale destacar que nesta publicação foi incluído o ponto de vista de profissionais pertencentes a instituições acadêmicas e de movimentos sociais. Embora nem sempre seja fácil, compreende-se que a interlocução entre pesquisadores, militantes e pesquisadores-ativistas[1] deva ser fomentada. A leitura dos artigos permite a identificação da riqueza, das dificuldades e do potencial da interação entre esses atores sociais para a produção do conhecimento e para a formulação de políticas públicas. Pode-se dizer que há visões consensuais no que diz respeito à compreensão das identidades étnicas e raciais como construções sociais, e que a perspectiva de uma sociedade sem discriminação racial, capaz de respeitar todos os indivíduos, independentemente de

---

1 A denominação pesquisadores-ativistas refere-se àqueles especialistas em grupos minoritários inseridos em instituições acadêmicas que falam em nome de seu grupo.

cor, sexo e condição social, é compartilhada por todos. No entanto, há menos concordância sobre as melhores estratégias para se atingir tal meta.

É importante citar que os artigos que integram esta coletânea foram produzidos a partir das exposições e dos debates ocorridos no seminário Raça/Etnicidade na América Latina: questões sobre saúde e direitos reprodutivos, realizado no Rio de Janeiro, em novembro de 2001, e organizado pelo Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde do Departamento de Biologia do Instituto Oswaldo Cruz, com o apoio da Fundação Ford. O evento contou com a participação de pesquisadores de universidades do Brasil, da Colômbia e dos Estados Unidos,[2] da Fundação Oswaldo Cruz, incluindo o Instituto Oswaldo Cruz (IOC), a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), a Casa de Oswaldo Cruz (COC) e o Centro de Informação Científica e Tecnológica (Cict), bem como de profissionais e lideranças sociais de organizações não-governamentais e governamentais do Brasil, do Peru e do México.[3]

O livro foi organizado em quatro partes. A primeira introduz questionamentos acerca de estudos e intervenções centrados nas relações entre etnicidade e saúde reprodutiva na América Latina, contemplando um olhar histórico e contemporâneo. Marcos Chor Maio examina as relações entre raça, medicina e saúde pública no Brasil Imperial à luz da discussão, com o historiador Sidney Chalhoub, acerca da pertinência em se afirmar a existência de um pensamento higienista racialista na segunda metade do século XIX, que teria contribuído sobremaneira para a definição de uma política de embranquecimento da sociedade brasileira. A partir de uma revisão bibliográfica, o artigo de Simone Monteiro analisa como a literatura no campo da saúde pública tem abordado as concepções de raça e etnia na definição da suscetibilidade às doenças e quais as implicações de tais concepções para a interpretação das diferenças nos indicadores de saúde entre os grupos étnico-raciais. O trabalho de Livio

---

[2] Fizeram parte do evento profissionais das Universidades Federais do Amazonas (FUA), de Pernambuco (UFPE), da Paraíba (UFPB), da Bahia (UFBA), do Mato Grosso (UFMT), do Rio de Janeiro (UFRJ), de Niterói (UFF), de Minas Gerais (UFMG), do Rio Grande do Sul (UFRGS) e de Santa Catarina (UFSC), da Universidade de São Paulo (USP), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj) e da Universidade Candido Mendes (RJ). Participaram também pesquisadores das Universidades de Vanderbilt (Nashiville), Del Valle (Cali) e Nacional da Colômbia (Bogotá).

[3] Estiveram presentes profissionais da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, da Secretaria Estadual de Saúde (RJ), e das seguintes organizações: Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades (Ceert), Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), Fala Preta, de São Paulo, AfroReggae, NEPPN/PUC e Cidadania Estudo Pesquisa Informação e Ação (Cepia), do Rio de Janeiro; Núcleo de Estudos Negros (NEN), de Florianópolis; Griô Centro Pedagógico de Reterritorialização Cidadania Negra e Coordenação Estadual da Mulher, de Porto Alegre; Mingá Peru, do Peru, e Grupo de Estudios sobre la Mujer, do México.

Sansone propõe uma reflexão sobre as interfaces entre etnicidade, racialização, identidade, gênero e sexualidade no contexto de quatro países da América Latina (Brasil, México, Nicarágua e Colômbia). O autor salienta ainda as particularidades e os elementos comuns entre os países investigados.

As demais partes, descritas abaixo, estão estruturados na forma de um texto de tomada de posição seguido por outros artigos que o analisam criticamente. A definição deste formato teve por objetivo contemplar as convergências e divergências em torno da temática em foco e, desta forma, incorporar os diversos ângulos da discussão atual referente às investigações e também as proposições de políticas públicas na área da saúde com recorte étnico-racial.

Assim, a segunda parte da coletânea, voltada para as formulações conceituais e as representações sobre raça, etnicidade e suas aplicações na área da saúde, é constituída pelo texto central de José Carlos dos Anjos, seguido das análises críticas de Peter Fry e Mara Viveros. José Carlos reflete sobre o significado e os usos das concepções de raça, saúde, corpo e etnia, a partir de dois eixos. Um deles centra-se na perspectiva denominada pelo autor de *historicista nominalista*, sustentada pela visão foucaultiana de raça e biopoder. A outra vertente trata das abordagens antropológicas sobre concepções locais de doença, corpo e saúde. A busca da convergência dos referidos eixos apóia a análise do autor sobre a "dominação e as possibilidades de diálogo interétnico" na proposição de políticas públicas de saúde. Em sua apreciação, Peter Fry lança questionamentos acerca dos argumentos desenvolvidos por José Carlos e indagações em relação ao movimento voltado para a adoção do modelo racial bipolar (branco e negro) no Brasil e às conseqüências da correlação entre 'raça negra' e doença para a afirmação de identidades raciais. Mara Viveros também examina as idéias elaboradas por José Carlos, focalizando as relações entre a noção de biopoder e raça, as tensões entre universalismo e particularismo na área da saúde pública, os efeitos sociais do imaginário racista e as possibilidades de resistência da população negra.

A terceira parte traz como tema a saúde reprodutiva da população indígena a partir de dois textos de base, o de Carlos Coimbra e Luiza Garnelo e o de Renato Athias, acompanhados das análises de Beth Conklin e de Esther Jean Langdon, respectivamente. Diante da carência de dados sobre os determinantes socioculturais, ambientais e biológicos da saúde reprodutiva dos povos indígenas na realidade brasileira, Carlos Coimbra Jr. e Luiza Garnelo recorrem a estudos de casos para abordar os padrões de fecundidade e as particularidades epidemiológicas da população indígena, associadas à saúde reprodutiva. Em seu artigo, Beth Conklin tece considerações acerca das questões assinaladas por Coimbra e Garnelo, enfatizando as contribuições para a saúde pública do conceito de direitos reprodutivos, no que diz respeito à criação de novos

espaços de interlocução entre os povos indígenas e os profissionais de saúde. O trabalho de Renato Athias, por sua vez, descreve os resultados da pesquisa realizada na área indígena de Pankararu, em Pernambuco, focalizando a relação da mulher Pankararu com o seu corpo e o ciclo reprodutivo, e as representações das doenças. Esther Jean Langdon faz uma apreciação do trabalho de Athias, destacando as especificidades das políticas públicas da saúde indígena e suas repercussões para o campo da saúde reprodutiva.

A quarta e última parte, direcionada para as investigações na área da saúde reprodutiva com ênfase na população negra, é composta de três artigos de referência (André Caetano, Fernando Urrea Giraldo e colaboradores e Fátima Oliveira), seguidos de duas análises críticas (Francisco Bastos e Mônica Grin). O estudo de André Caetano examina a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação ao risco de esterilização feminina entre brancas, pardas e negras no Brasil, e analisa as condições que cada grupo de raça/-cor enfrenta para controlar a sua fecundidade. O artigo de Francisco Bastos comenta as contribuições da perspectiva metodológica adotada por André Caetano e traz argumentos sobre a necessidade de estudos empíricos na área da saúde pública que incluam raça/etnia como categoria de análise. Em consonância com essa visão, o trabalho de Fernando Urrea e colaboradores apresenta dados de pesquisas sobre gênero, sexualidade e saúde reprodutiva de jovens negros de Cáli (Colômbia), ressaltando alguns efeitos dos estereótipos raciais para a trajetória dos jovens investigados. Os dois artigos finais desta parte discutem, de forma mais direta, proposições de políticas públicas em saúde com recorte étnico-racial. Fátima Oliveira apresenta dados sobre morbidade e mortalidade entre os negros e brancos, e cita propostas de afirmação de um campo de pesquisa e de intervenção voltado para a saúde da população negra, bem como as respostas do governo brasileiro nesta área. Mônica Grin, apoiada na contextualização da dinâmica das relações raciais no Brasil, assinala alguns dilemas referentes à elaboração de políticas públicas com recorte étnico-racial e problematiza a operacionalização das propostas apresentadas por Oliveira.

Em suma, mediante reflexões dos diversos campos disciplinares, esta publicação tem por objetivo aprofundar a compreensão das relações entre o conceito de raça/etnicidade, os indicadores socioeconômicos e o quadro de enfermidades. Desta forma, pretende fomentar o debate sobre: a operacionalização da categoria cor/raça nas investigações na área da saúde, os efeitos da discriminação étnico-racial na saúde e na qualidade da assistência, e a implementação de modelos diferenciados de saúde pública, tendo por base as tradições culturais dos grupos étnico-raciais.

Os Organizadores

Parte I PERSPECTIVAS HISTÓRICA E CONTEMPORÂNEA

1

RAÇA, DOENÇA E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UM DEBATE SOBRE O PENSAMENTO HIGIENISTA DO SÉCULO XIX

Marcos Chor Maio

Introdução

Estudos sobre as três primeiras décadas da era republicana estabelecem estreitos vínculos entre políticas de saúde pública e desenvolvimento do capitalismo no Brasil. Subordinadas aos interesses das classes dominantes, as ações dos sanitaristas — concernentes ao controle de determinadas epidemias — estariam voltadas para a reprodução da força de trabalho.

De acordo com esse ponto de vista, intelectuais médicos, subsumidos à lógica das elites econômicas e políticas, privilegiariam o combate à febre amarela, doença que incidia sobremaneira entre os imigrantes, mão-de-obra estratégica na expansão econômica da virada do século XIX para o século XX, em vez de enfrentarem o problema da tuberculose que atingiria a população pobre das grandes cidades (Costa, 1985).[1] Na mesma linha de raciocínio, Bodstein (1984) acrescenta o aspecto racial da luta contra a febre amarela. Sua evidência mais importante é o discurso de Rui Barbosa, proferido no Teatro Municipal do Rio de Janeiro, em maio de 1917. Nele, o senador afirma:

> É um mal, de que só a raça negra logra imunidade, raro desmentida apenas no curso das mais violentas epidemias, e em cujo obituário, nos centros onde avultava a imigração européia, a contribuição das colônias estrangeiras subia a 92 por cento sobre o total de mortos. Conservadora do elemento africano, exterminadora do elemento europeu, a praga amarela, negreira e xenófoba, atacava a existência da nação na sua medula, na seiva regenera-

[1] Para uma crítica a esses estudos, ver: Carvalho & Lima (1992); Edler (1996) e Hochman (1998).

triz do bom sangue africano, com que a corrente imigratória nos vem depurar as veias da mestiçagem primitiva, e nos dava, aos olhos do mundo civilizado, os ares de um matadouro da raça branca. (apud Bodstein, 1984: 24)[2]

A utopia purificadora da sociedade mestiça brasileira, apresentada por Rui Barbosa e salientada por Bodstein (1984), se converteria em fonte inspiradora da ação sanitária da Primeira República.[3] A aparente fragilidade da raça branca — suscitada pelos escravos negros transmissores da doença ('negreira') e avessos aos estrangeiros — seria superada pelo controle da febre amarela. O novo plano da 'luta de raças' terminaria com a vitória da miscigenação biológica regeneradora capitaneada pelos brancos.

Chalhoub (1996) retoma a questão exposta por Bodstein e a amplia, partindo da hipótese da emergência de um pensamento higienista de corte racista no processo de transição do trabalho escravo para o regime de mão-de-obra livre. Neste contexto, paulatinamente se configuraria um quadro racializado, dicotomizado, na definição das ações em saúde pública, ou seja: combate à febre amarela ('doença dos imigrantes brancos') *versus* indiferença em relação à tuberculose ('doença dos negros').

Os pontos de referência do historiador são a ideologia higienista, substrato da 'era das demolições'[4] dos cortiços na virada do século XIX, e, em especial, o discurso de Rui Barbosa de 1917.[5] Ao investigar a febre amarela, o autor procurou analisar "a possibilidade histórica de semelhante aberração [o racis-

---

[2] A conferência de Rui Barbosa sobre Oswaldo Cruz foi publicada na prestigiosa *Revista do Brasil*, v. 5, n. 19, de julho de 1917. A citação de Bodstein (1984) foi extraída de *Oswaldo Cruz no Julgamento dos Contemporâneos*. Rio de Janeiro, FGV, Serv. de Publicações, 1972. Chalhoub retirou a citação de Rui Barbosa do artigo de Regina C. de A. Bodstein: Práticas sanitárias e classes populares do Rio de Janeiro, publicado na *Revista do Rio de Janeiro*, v. 1, n. 4, p. 42-43, de 1986.

[3] Bodstein (1984: 25), com base na fala de Rui Barbosa, afirma: "O discurso higiênico revelava um entendimento muito particular sobre o que e como se daria o saneamento. Sanear, sob tal perspectiva, era tornar viável o fluxo de imigrantes europeus, 'depurador do sangue mestiço', e, ainda elemento necessário para o desenvolvimento das relações comerciais e diplomáticas do país com o resto do mundo civilizado".

[4] Refiro-me ao livro de Oswaldo Porto Rocha *A Era das Demolições: cidade do Rio de Janeiro, 1870-1920*, publicado em 1986 pela Secretaria Municipal de Cultura do Rio de Janeiro. O título deste livro dá uma boa idéia do que Chalhoub expõe no primeiro capítulo (Cortiços) do seu livro *Cidade Febril*, em que discorre sobre a importância do discurso higienista oitocentista para as transformações urbanas realizadas nos primeiros tempos da República, tomando como exemplo a destruição do famoso cortiço Cabeça de Porco, em 1893.

[5] A importância do trecho racista do discurso de Rui Barbosa para o argumento de Chalhoub pode ser avaliada pela citação nos dois primeiros capítulos do seu livro (Chalhoub, 1996).

mo de Rui Barbosa]". Ele localiza tal 'distorção' na segunda metade do século XIX, ainda durante o Império. Sob o manto protetor da teoria ambientalista da doença oitocentista, reiterado até, pelo menos, o fim do século XIX, ocultar-se-iam interesses inomináveis, traduzidos pela política de embranquecimento da população brasileira, mediante a vinda de imigrantes europeus e a miscigenação. Estas ações culminariam na eliminação da raça negra (Chalhoub, 1996).

Para Chalhoub, a definição de políticas de saúde pública racializadas[6] — como o combate à febre amarela, que atingia mais os imigrantes brancos, em detrimento do controle da tuberculose, que prevalecia entre os negros —, denotaria a engenhosidade dos higienistas brasileiros. Estes manteriam um discurso sustentado na noção de meio ambiente, mas, no plano da ação, revelariam um ignominioso racismo à semelhança das matrizes de pensamento norte-americanas e européias.

A solução imigratória e o ideal de embranquecimento eram pontos importantes da agenda civilizadora nos trópicos defendida por segmentos das elites econômica, intelectual e política, inclusive por membros da categoria médica nas últimas décadas do século XIX. Sem quaisquer sutilezas, desde o final dos anos 1860, havia produção de conhecimento de 'médicos-antropólogos'[7] sobre os perigos da miscigenação por intermédio da potencial presença de 'imigrantes indesejáveis' ou acerca da inferioridade de povos indígenas.

Contudo, no campo da saúde pública, a questão racial me parece distinta neste período. Chalhoub (1996) concebe retrospectivamente o discurso de Rui Barbosa de 1917, pronunciado três meses após a morte de Oswaldo Cruz, como ideologia racial dominante dos médicos em matéria de combate à febre amarela, ideologia essa — sob o verniz de pressupostos da medicina ambientalista — detectada desde os anos 1870. Diferentemente de Chalhoub, sugiro que nas duas primeiras décadas do século XX, momento em que explode o debate sobre a saúde pública, o higienismo — assentado em princípios da bacteriologia e da microbiologia — manteve elos de continuidade com o ideá-

[6] Chalhoub (1996: 62) denomina "malconfessadas políticas específicas de saúde pública". Estas, para o autor, seriam concebidas em chave negativa. As políticas públicas racializadas vêm sendo concebidas como a formulação e implementação de políticas focais, particularistas, que, em face do tema em questão, atingem determinados grupos étnico-raciais. Em período recente, as políticas de ação afirmativa são vistas por alguns segmentos sociais e políticos positivamente como um meio legítimo de redução das desigualdades raciais no Brasil.

[7] Esta é a denominação criada por Corrêa (1998) para qualificar esses intelectuais médicos.

rio neo-hipocrático do século XIX no Brasil, particularmente no que tange à recusa a chaves explicativas de natureza racial.

Neste artigo, desenvolvo este argumento a partir da discussão das relações propostas por Chalhoub, em seu estudo "Febre Amarela",[8] entre pensamento médico, interesses de grupos e classes sociais, ideologias raciais e políticas de saúde pública. Estabeleço inicialmente um diálogo com sua análise das interfaces entre saúde, raça e meio ambiente na segunda metade do século XIX. Em seguida, examino o 'higienismo racializado' apontado pelo historiador para, finalmente, refletir sobre o pensamento médico e a importância do papel exercido pela vertente antideterminista racial nos primeiros decênios da República.

Saúde, raça e meio ambiente

Desde o final do século XVIII, delineia-se um programa higienista apoiado nas preocupações de administradores e médicos com o estado sanitário da cidade do Rio de Janeiro.[9] O pensamento médico ainda no período colonial apresentava duas ordens de questões ligadas ao grave quadro de saúde pública: 1) o clima quente e úmido, e a topografia da cidade facilitavam a emanação de miasmas; 2) os problemas urbanos advindos da ausência de tratamento de esgoto e lixo, da poluição de rios e praias, da estagnação das águas das chuvas e das habitações precárias, úmidas e sem ventilação. Tudo parecia conspirar para a ocorrência de diversas enfermidades. A plataforma dos higienistas para enfrentar a situação calamitosa da cidade incluía: limpeza urbana, dessecamento de pântanos, demolição de morros, remodelação das casas e conservação das matas que circundavam a cidade (Ferreira, 1996).

Os debates sobre as 'febres intermitentes' que mobilizaram os médicos da Corte associados às apreensões, desde os anos 1830, com a possível chegada de doenças mais graves[10] não importaram no cancelamento do otimismo que se refletia na agenda higienista de transformar o Rio de Janeiro numa ci-

---

[8] Trata-se do segundo capítulo do livro *Cidade Febril* (Chalhoub, 1996).

[9] Este material só veio a público em 1813 por meio do jornal *O Patriota* (Ferreira, 1996).

[10] Xavier Sigaud, em artigo no *Diário de Saúde* (1835, n. 1), propõe as seguintes questões para reflexão: "1ª — as moléstias que se deve recear importadas de países estrangeiros, sobretudo da Índia, dos Estados Unidos, da Europa e da África; 2ª — as causas que em certas localidades desenvolvem febres pestilenciais por modo espontâneo; 3ª — as causas que até o momento têm

dade tropical civilizada. Essas apreciações ambivalentes dos médicos guardavam relação com o conhecimento da propagação de determinadas epidemias que grassavam na Europa e nos Estados Unidos no mesmo período (Ferreira, 1999).[11]

Na virada dos anos 1840, a ocorrência súbita e impetuosa dos surtos de febre amarela e cólera não deixou margem a ambigüidades no pensamento médico no que concerne à gravidade do novo cenário. Chalhoub (1996) mapeia as diversas controvérsias e disputas entre religiosos e higienistas, entre contagionistas e infeccionistas, entre médicos alopatas e homeopatas que surgem do amplo leque de explicações sobre as possíveis causas da epidemia de febre amarela, a melhor terapêutica para combatê-la e, principalmente, as políticas sanitárias a serem implementadas a fim de debelá-la. Todavia, as tímidas respostas do Estado quanto ao controle da peste não poderiam ser explicadas apenas pelas incertezas da ciência naquele contexto.

Chalhoub discorre sobre diversas hipóteses discutidas na época a respeito dos vínculos entre febre amarela e escravidão. Havia um certo consenso entre os médicos da Corte, com base na teoria contagionista, de que os negros seriam responsáveis pela transmissão da doença mas dificilmente contraíam a moléstia que se alastrava entre os imigrantes europeus. A população negra teria maior capacidade de adaptação.[12] Em face da abundância de mão-de-obra escrava no ocaso do tráfico negreiro no Brasil, tal diagnóstico da resistência imunológica dos africanos justificaria a negligência dos dirigentes imperiais no enfrentamento da febre amarela. Naquele momento, as 'vítimas brancas', especificamente os imigrantes, tinham importância residual na economia escravocrata. Estabelece-se uma sintonia fina entre conhecimento médico e interesses da classe senhorial.

---

obstado que a febre amarela e a cólera-morbo tenham passado para este hemisfério do sul, além da linha do Equador; 4ª — as medidas quarentenárias que são possíveis estabelecer-se entre as nações do mesmo continente sem prejuízo de seu comércio" (apud Ferreira, 1996: 137).

[11] Outro aspecto dilemático enfrentado pelos médicos dizia respeito à possibilidade de haver um processo civilizatório nos trópicos quando, ao mesmo tempo, se mirava a Europa, com condições climáticas distintas, como exemplo a ser seguido (Kury, 1994).

[12] Em termos gerais, a idéia não é simples. Como relata Chalhoub (1996: 75): "Na verdade, como os africanos e seus descendentes sofriam a doença com menor gravidade, e considerando que a maioria dos escravos da capital havia nascido na África, os doutores logo chegaram à hipótese de que os africanos resistiam melhor ao flagelo por terem se aclimatado a ele em suas regiões de origem. Em outras palavras, os africanos poderiam ser excelentes portadores e transmissores da febre amarela, estando, contudo, protegidos de achaques mais sérios por possuírem alguma experiência prévia com a doença".

No entanto, o tema parecia mais complexo. O historiador faz uma incursão pelo pensamento médico oitocentista no Brasil — privilegiando as relações entre raça, meio ambiente e aclimatação — e o coteja, de início, com algumas concepções produzidas alhures. Médicos do sul dos Estados Unidos, perante as epidemias de febre amarela que assolaram a região nos anos 1850, teriam concluído "que os negros norte-americanos eram seres de uma espécie diferente, um tanto aquém dos atributos atinentes à humanidade, e expressamente concebidos pela natureza para suportar a doença e o trabalho sob o escaldante calor tropical" (Chalhoub, 1996: 78). Haveria uma espécie de poligenismo atrelado à essencialização biológica.

O caso do médico inglês Robert Dundas, que residiu em Salvador entre 1814 e 1842 (Peard, 1999), é representativo da mudança do discurso médico-climático europeu.[13] O otimismo reinante em torno da aclimatação, indicador preciso da capacidade de o homem racional se adaptar a novos ambientes, crença que está no cerne do Iluminismo do século XVIII, cede gradativamente espaço, nos primeiros decênios do século XIX, para um enfoque determinista no qual predomina o primado das diferenças raciais irredutíveis (Harrison, 1996).

O médico inglês considerava a aclimatação uma concepção sem sentido na medida em que os europeus expostos ao clima tropical durante um longo período entravam prematuramente em decadência. Por seu turno, o brasileiro, de descendência européia, fora corrompido pela miscigenação com índios e negros transformando-se em seres "indolente[s] por natureza, e pouco disposto[s] para a indústria ou o trabalho ativo" (Dundas, 1852, apud Chalhoub, 1996: 79).

Dundas atesta que climas insalubres desencadeiam processos de degeneração em corpos supostamente saudáveis ou geram simplesmente raças degeneradas. A condenação da miscigenação é mais um elemento a confirmar a importância das doutrinas climatológicas na configuração de hierarquias raciais. Os europeus teriam uma natureza, uma constituição biológica distinta da dos brasileiros e, por isso, seriam incapazes de se aclimatarem. Isto fica bem evidente na análise de Dundas das "febres dos climas quentes" em que os negros, por uma série de mecanismos fisiológicos incitados pelos trópicos, de-

---

[13] Trata-se, conforme Chalhoub (1996), do livro *Sketches of Brazil: including new views on tropical and European fever, with remarks on a premature decay of the system incident to Europeans on their return from hot climates* (Londres, 1852).

senvolvem mecanismos de defesa contra as oscilações atmosféricas. É daí que deriva a maior capacidade de resistência deles em relação aos brancos (Chalhoub, 1996). Os brasileiros, mestiços ou negros, seriam inferiores mas adaptados ao seu meio.

A guinada pessimista, informada pela hierarquia e fixidez das raças sob a chancela de fatores climáticos, está intimamente associada à forma como os médicos europeus e, no caso em tela, os ingleses, observaram os percalços do processo de expansão colonial e seus efeitos nos colonizadores. A experiência da Jamaica poderia, em princípio, lembrar o exemplo brasileiro, na medida em que foi também uma sociedade escravocrata e colonial. Harrison (1996) sugere que até o final do século XVIII, mesmo com certas ambigüidades, prevalecia no Caribe a crença de que a aclimatação — apesar de alguns custos próprios à adaptação (incidência de certas doenças, mudanças de costumes alimentares e outros) — não limitaria a colonização dos trópicos. Todavia, as contendas em torno do fim do tráfico negreiro e da abolição da escravidão, ocorridas nas primeiras décadas do século XIX, ampliaram o debate médico sobre as qualidades distintas e assimétricas das raças.

Porém, o determinismo climático-racial de Dundas não encontrou contrapartida entre seus colegas brasileiros, que mantiveram a crença no paradigma médico-ambientalista até o final do século XIX, não obstante a abolição da escravidão, como veremos adiante. Continuaram a creditar à 'imunidade relativa' dos negros à febre amarela ao meio ambiente, à aclimatação. Eles estavam mais atentos às péssimas condições sanitárias nos principais centros urbanos.

Para uma abordagem mais pormenorizada do higienismo à brasileira, Chalhoub atém-se às reflexões de três médicos da Corte. Professor da Faculdade de Medicina, Thomaz Gomes dos Santos, em seu curso de história da medicina[14] interpelava Montesquieu e Gobineau. Este, em chave poligenista, considerava que, *grosso modo*, desde os primeiros tempos foram gestados centros independentes e desiguais de criação da humanidade. As raças superiores seriam movidas pela razão enquanto as inferiores, pela emoção. As assimetrias

---

14 As idéias de Gomes dos Santos encontram-se, conforme Chalhoub (1996), no Relatório do Ministério do Império, ano de 1858, anexo D, intitulado "Memórias históricas das Faculdade de Medicina e Direito". Thomaz Gomes dos Santos (1803-1874) fez doutorado em Medicina pela Universidade de Montpellier (1833) e foi Lente em Higiene na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, jornalista, deputado da Assembléia Provincial do Rio de Janeiro, diretor da Instrução Primária e da Academia de Belas Artes (Magalhães, 1932; Blake, 1893; Santos Filho, 1991).

originalmente reinantes, na perspectiva de Gobineau, de acordo com Gomes dos Santos, não ofereciam quaisquer possibilidades de intervenção humana, afora o desprezo pela história dos povos. A visão monogenista do acadêmico brasileiro se insurgia também contra a crença de Gobineau de que os negros seriam naturalmente inferiores. Ele estava convencido de que a dimensão racial apresentava pouco rendimento analítico ao abordar o tema da capacidade de aperfeiçoamento dos homens.

Quanto a Montesquieu, Gomes dos Santos criticava-o pela leitura reducionista e fatalista de Hipócrates, ao atribuir aos fatores climáticos os limites culturais, sociais e políticos dos povos que habitavam os trópicos. No que tange à ocorrência de febre amarela, tratava-se sobretudo de um problema de aclimatação. Ele acreditava que — pelas afinidades históricas, culturais, religiosas — a "raça latina" seria a mais adaptável à zona intertropical (Chalhoub, 1996).

Torres Homem[15] e Pereira Rego[16] estavam afinados às idéias de Gomes dos Santos. Eles julgavam que o sucesso do ajustamento dos europeus ao meio ambiente brasileiro era um aspecto fundamental para as possibilidades de se construir uma nação próspera nos trópicos (Chalhoub, 1996). Na verdade, os três médicos da Corte pertenciam à tradição neo-hipocrática, referência central do pensamento médico da primeira metade do século XIX no Brasil. Este saber científico estava ancorado na hipótese da relação intrínseca entre doença, natureza e cultura (Ferreira, 1996).

O médico francês Xavier Sigaud,[17] um dos principais expoentes do neo-hipocratismo no Brasil, não se opunha à noção de que o clima úmido fosse um empecilho natural à vida humana em algumas regiões brasileiras, ocasionando problemas para o corpo (especificamente no aparelho respiratório e digestivo)

---

[15] João Vicente Torres Homem (1837-1887) foi médico clínico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde foi Lente em Clínica Médica. Em 1876, por ordem do Governo Imperial, foi nomeado para a comissão encarregada de estudar as causas da persistência e do desenvolvimento da febre amarela nos últimos anos, indicando os meios mais eficazes para erradicá-la (Magalhães, 1932; Blake, 1893; Santos Filho, 1991).

[16] José Pereira Rego (1816-1892), Barão do Lavradio, formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1838. Foi presidente da Junta Central de Higiene Pública, inspetor de saúde do porto do Rio de Janeiro e do Instituto Vacínico do Império (1873). Foi membro do Partido Conservador e vereador da Câmara Municipal do Rio de Janeiro (Magalhães, 1932; Blake, 1893; Santos Filho, 1991).

[17] José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856), médico francês formado pela Faculdade de Medicina de Estrasburgo. Em função de problemas políticos, imigrou para o Brasil em 1823. Envolveu-se em atividades jornalisticas e especialmente na formação do periodismo médico brasilei-

e para o ambiente (acelerando a emanação de miasmas crônicos em decorrência de o clima ser favorável à putrefação da matéria orgânica) (Edler, 2002). Ele reconhecia, ainda, a existência de patologias específicas que se manifestavam de modo diferenciado em brancos, negros e índios. Não aceitava, por outro lado, a idéia de que os problemas patogênicos do país resultassem de sua composição racial. Com base em pesquisas realizadas em diversas regiões do Império, o médico francês se contrapunha à crença corrente na Europa de que a miscigenação pudesse gerar novas doenças ou se constituir num obstáculo à implantação de um modelo civilizatório.[18] Para o higienista, os segredos da patologia no Brasil residiriam antes na "natureza das localidades" e no "regime das populações" (Ferreira, 1996: 218).

Para um ajuste saudável aos trópicos, Xavier Sigaud concebia as adversidades climáticas como passíveis de serem enfrentadas se os europeus obedecessem a um receituário higiênico — incluindo mudanças de costumes no vestuário, tratamentos médicos circunstanciais ou periódicos (aplicação de sangrias, administração de purgativos) e adaptação a certas regras dietéticas (Edler, 1996; 2002).

Em suma, a elite médica da Corte se engajou na tradução dos princípios higienistas europeus ao contexto social brasileiro, redefinindo o papel da climatologia e da crescente importância da variável raça como elementos causadores das enfermidades. Ofereceram, assim, soluções originais para a compreensão das epidemias que devastavam os trópicos. Este movimento visava dar legitimidade ao saber e às instituições médicas brasileiras e, ao mesmo tempo, estava imbuído de uma perspectiva otimista em face dos desafios

---

ro da primeira metade do século XIX. Participou da criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, futura Academia Imperial de Medicina. A obra de Sigaud (*Du Climat et des Maladies du Brésil: statisque médicale de cet empire*. Paris: Chez Fortin, Masson et Cie, Librairies, 1844) é, na visão de Ferreira (2001: 215), "a obra síntese do pensamento higienista brasileiro da primeira metade do século XIX". Sobre Xavier Sigaud, ver: Ferreira (2001).

[18] É interessante observar posição distinta da visão compartilhada por Sigaud sobre a miscigenação, como a do médico francês e professor da Escola de Anatomia dos Hospitais de Paris, Alphone Rendu (*Études Topographiques, Médicales e Agronomiques sur le Brésil*, 1848). Ele viajou ao Brasil em 1844, mesmo ano da publicação do livro *Du Climat et des Maladies*, de Xavier Sigaud, em missão do governo francês para estudar as enfermidades que atingiam com mais freqüência os habitantes locais e os imigrantes europeus recém-chegados. Segundo Edler (2001: 935), "Rendu afirmava horrorizado que: 'a mistura muito freqüente do sangue branco com o sangue negro, que resultaria numa pele amarelada' — aspecto físico para ele distintivo do brasileiro. Em seguida descreve os hábitos da nossa população da capital, sobre a qual ele observa que, grosso modo, pecaria contra as leis de higiene, o que lhes confere 'um aspecto doentio'".

da inserção do país no concerto das nações modernas (Ferreira, 2001; Edler, 2002).

Ao longo da década de 1870, momento em que, segundo Chalhoub, aparecem os primeiros sinais de um acento racista entre os higienistas, alguns dos princípios epistemológicos da tradição neo-hipocrática passaram a ser questionados. Proliferaram as etiologias parasitárias, permeadas pelo novo ideal cientificista fundamentado na medicina experimental pasteuriana. Foi um tempo de intensas controvérsias, gerando uma polissemia no pensamento médico de fins do oitocentos (Edler, 1996).

Esse cenário de afirmação da medicina nacional e da viabilidade dos trópicos não se restringiu à Corte. Em meados dos anos 1860, médicos-pesquisadores se organizaram em torno do periódico *Gazeta Médica da Bahia*.[19] Este grupo, que *a posteriori* foi denominado Escola Tropicalista Baiana, se empenhou em diagnosticar as chamadas doenças tropicais que assolavam grande parte da população brasileira. Os 'tropicalistas' tinham um claro projeto de transformar a saúde em projeto nacional (Peard, 1999).

Adeptos da parasitologia, Otto Wucherer, Silva Lima, John Paterson, entre outros, relutaram, no entanto, em abandonar a medicina dos miasmas. Procuraram conciliar o pensamento ambientalista tropical com a medicina de laboratório em suas investigações sobre a febre amarela, o beribéri, a filariose e a ancilostomose. A noção de maleabilidade dos seres humanos e a possibilidade da intervenção médica levaram os 'tropicalistas' a refutarem as formulações pessimistas em voga na Europa e nos Estados Unidos. As doenças tropicais eram vistas não apenas ligadas a fatores climatológicos e topográficos, mas também a causas de natureza social e política, tais como pobreza, subnutrição, falta de serviços de saúde pública e escravidão. Raça, por exemplo, emergia no amplo e variado capítulo das predisposições a determinadas doenças, sem se constituir numa variável privilegiada de análise. Embora não negasse a possibilidade de os negros serem mais resistentes à febre amarela do que os brancos de origem européia, Otto Wucherer, em consonância com seus colegas do

---

[19] Na trilha de Edler (2002) e diferente de Peard (1999), não confiro excepcionalidade aos achados da experiência da denominada Escola Tropicalista Baiana. Neste sentido, os 'tropicalistas' estão sendo mobilizados neste artigo para demonstrar a existência de uma espécie de domínio comum de temas e problemas presentes no pensamento médico da época. Schwarcz (1993) observa a presença de intensas trocas intelectuais e científicas entre os médicos cariocas e baianos através dos períodicos científicos *Brazil Médico* e *Gazeta Médica da Bahia*.

Rio de Janeiro, associava tal grau de imunização à maior capacidade de aclimatação, e não a supostas diferenças raciais (Peard, 1999).

Apesar da reiterada contraposição entre as teorias miasmáticas e a moderna ciência dos micróbios, ocorreu no último quartel do século XIX, segundo Benchimol (1999: 440), em seu estudo sobre a febre amarela, inspirado em Bruno Latour, uma "retificação do curso de ação dos velhos atores [higienistas] à luz da estratégia proposta pelos novos [pasteurianos], realizando-se uma 'tradução' recíproca de interesses vantajosa para as metas que uns e outros perseguiam".

Os higienistas, no afã de debelar as doenças, buscavam enfrentá-las em vários flancos, a saber: as forças da natureza, a topografia das cidades e os diversos componentes da vida urbana. Os pasteurianos, por sua vez, em função do conhecimento específico dos micróbios que agiam no desenvolvimento de cada moléstia, elegiam prioridades no confronto com a epidemia, oferecendo, portanto, o mapa através do qual os higienistas poderiam obter suas almejadas vitórias. Neste sentido, o combate à febre amarela, fundado no modelo pasteuriano, não eliminou a natureza plural das estratégias de combate à doença (Benchimol, 1999). Em suma, muitos desses saberes se amalgamaram, e médicos vinculados à tradição higienista se apropriaram dos novos métodos, na busca de adaptá-los aos desafios do mundo tropical.

Esses arranjos entre o higienismo tradicional e os pasteurianos quiçá possam tornar inteligível o predomínio de conteúdos antideterministas raciais no campo da saúde pública. Antes, entretanto, será abordado o viés racista dos esculápios, apontado por Chalhoub, que estaria associado à esfera do trabalho, à política imigratória e à ideologia do branqueamento.

O higienismo racista em questão

No final dos anos 1860, quando se inaugura uma nova temporada de surtos de febre amarela que assolou a cidade do Rio de Janeiro até o início do século XX, o discurso médico, na opinião de Chalhoub, muda de tom, com a defesa da necessidade de intervenção no meio ambiente. Após a aprovação da Lei do Ventre Livre, em 1871, e a percepção dos fazendeiros do colapso da escravidão, a febre amarela tornar-se-ia a principal questão de saúde pública por atingir prioritariamente os imigrantes brancos, mão-de-obra alternativa no processo de reordenamento do sistema econômico do país. O projeto do higienismo racista não contemplaria outras doenças como, por exemplo, a tuberculose e a varíola, males que acometiam principalmente a população negra. Das medidas sanitárias

propostas, encontram-se: remoção dos cortiços, como principais focos da febre amarela, e mudança de hábitos alimentares, para facilitar a aclimatação dos estrangeiros recém-chegados. Se os imigrantes seguissem costumes e tradições mais afeitos aos trópicos, acabariam conquistando o mesmo equilíbrio fisiológico dos 'nativos'. Torres Homem e Pereira Rego estariam sintonizados com as mudanças em curso, investidos, neste contexto, da condição de aliados, porta-vozes, doravante em chave racista, da utopia do embranquecimento da sociedade brasileira (Chalhoub, 1996). O conhecimento médico, para Chalhoub, torna-se epifenômeno dos interesses da classe dominante.

Torres Homem descreve as relações entre higiene e condições de trabalho e seus efeitos na incidência de "moléstias agudas e crônicas dos aparelhos respiratório e digestivo" (Torres Homem, 1865, apud Chalhoub, 1996: 90)[20] entre os portugueses — imigrantes pobres, submetidos a baixos salários e a jornadas de trabalho extenuantes. O médico da Corte apresenta um quadro social sombrio. Ressalta a necessidade de mudança de hábitos e costumes dos imigrantes, incluindo a melhoria nas condições de habitação (Chalhoub, 1996).[21]

Nas palavras de Torres Homem:

> se o governo, compreendendo bem a sua missão, consultasse sempre os profissionais nas importantes questões de colonização, a agricultura entre nós não estaria tão atrasada como infelizmente a vemos. *É preciso que se substituam por homens livres os escravos que de dia em dia escasseiam, depois que cessou o imoral comércio negreiro.* (apud Chalhoub, 1996: 91-92) (grifos do autor)

É oportuno atentar, em princípio, para o fato de que o tema do aclimatamento, objeto da tese de Torres Homem, em meados dos anos 1860, foi o único tema para todos os candidatos que se submeteram ao exame à cátedra de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Ferreira, 1994). Caso não se infira que o pensamento médico seja a simples tradução de interesses

---

[20] Seguramente a tuberculose deveria grassar entre os imigrantes portugueses.

[21] Chalhoub atenta para o antilusitanismo de Torres Homem. Cabe ressaltar, no entanto, que independentemente da mentalidade gananciosa, possessiva, atribuída ao português em seu esforço de 'fazer a América', Torres Homem não tem uma visão essencializada, tampouco credita a algum tipo de atavismo a conduta dos portugueses. Em outras palavras, eles não estariam naturalmente vocacionados a maximizarem interesses supostamente perversos.

imediatos da classe senhorial, interesses esses que estariam no cerne da consciência dos esculápios, pode-se afirmar que o estudo da aclimatação era um problema relevante do saber médico nacional, condicionado pelos padrões de cientificidade vigentes nos centros de excelência (Edler, 2002). Não me parece, portanto, que o aclimatamento fosse mera questão de "posição 'oficial' do governo imperial" (Chalhoub, 1996: 84). Afinal, era uma 'questão obrigatória'.[22]

Torres Homem,[23] em sua trajetória estritamente médica — nunca desdobrada em carreira política (Ferreira, 1994) —, queixa-se em sua tese da limitada influência dos médicos junto ao governo imperial, o que colocaria em questão o 'poder higienista', alegado por Chalhoub. Igualmente interessante é a sua condenação da escravidão e a utilização da categoria 'homens livres', que poderia contemplar pessoas de cor, ainda que pareça estar mais associada aos imigrantes.

A outra passagem que dá sustentação à tese de Chalhoub sobre a existência de um pensamento médico de natureza racista no campo da saúde pública encontra-se em *Memória Histórica*, de Pereira Rego, dos anos 1870, sobre as epidemias de cólera e febre amarela.[24] A incidência da cólera seria maior entre os aclimatados das classes subalternas[25] que viviam em precárias condições de higiene, contribuindo, assim, para o declínio das atividades agrícolas. A febre amarela, por seu turno, atingia os trabalhadores nacionais procedentes do interior e os imigrantes estrangeiros recém-chegados. A moléstia, dessa forma, prejudicaria o comércio e, em particular, a vinda de imigrantes, força de trabalho indispensável para o incremento da produção agrícola e industrial do país (Chalhoub, 1996).

---

22 Utiliza-se a noção de questão obrigatória no sentido proposto por Bourdieu (1987: 207): "Embora os homens cultivados de uma determinada época possam discordar a respeito das questões que discutem, pelo menos estão de acordo para discutir certas questões (...). Assim como os lingüistas recorrem ao critério da intercompreensão para o fim de determinar as áreas lingüísticas, também poder-se-ia determinar áreas e gerações intelectuais através do levantamento do conjunto de questões obrigatórias que definem o campo cultural de uma época".

23 Com a tese *Do Aclimatamento* (1865), Torres Homem foi malsucedido no concurso para a cátedra da cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Ferreira, 1994).

24 Ela se intitula *Memória Histórica das Epidemias da Febre Amarela e Cólera-morbo que Têm Reinado no Brasil*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1873 (Chalhoub, 1996).

25 Pereira Rego utiliza os termos "indivíduos de ordem inferior" e "as classes inferiores da sociedade" (Chalhoub, 1996: 93). Creio que Pereira Rego oscila entre conteúdos afeitos à hierarquia racial e os atinentes à estratificação social.

Embora não caiba neste artigo uma discussão sobre as polarizações e/ou ambivalências dos julgamentos morais dos médicos face à escravidão, vale lembrar que o regime escravocrata era um ponto de tensão, um cancro social à tarefa civilizatória que os higienistas se auto-imputavam. Neste sentido, a proposta imigrantista apoiada por membros da categoria médica pode ser interpretada através de constructos raciais, como quer Chalhoub, ou por meio de uma visada sociológica, na qual se concederia mais atenção às marcas que a escravidão, como configuração social, imprimiu às condições econômicas, culturais e sanitárias da sociedade brasileira. Em outras palavras, pesariam mais para os médicos os limites sociais do que raciais do legado escravista. Parece-me que Torres Homem e Pereira Rego propõem um projeto de modernidade a ser levado a cabo por 'homens livres', imigrantes, presumidamente brancos, antes como seres supostamente afeitos à racionalidade capitalista do que como agentes de um pretenso fortalecimento da 'raça'.[26]

Chalhoub constata que o racismo dos higienistas estaria incrustado em seus juízos normativos, calcados na crença em uma superioridade branca a ser preservada em função do seu papel estratégico no mundo do trabalho. As teorias médicas, nesta perspectiva, não passariam de interpretações a dissimular a perversa hierarquia racial. O historiador nos alerta que cabe ao pesquisador atento perseguir os conteúdos raciais mesmo onde eles aparentemente não existem (Chalhoub, 1996: 94).

Neste sentido, é importante destacar algumas questões. O polifônico campo médico da segunda metade do século XIX não estava imune a argumentos embasados no determinismo racial, seja em estudos craniológicos sobre a inferioridade dos povos indígenas,[27] seja no debate sobre a imigração. No final dos anos 1860, momento em que Chalhoub observa a existência de sutis preconceitos raciais no campo da saúde pública, à sombra da matriz ambientalista, verifica-se a presença de análises, de corte poligenista, nas quais a miscigenação de brancos com asiáticos e africanos era sinônimo de degeneração. O debate sobre a imigração chinesa é exemplar.[28] Desse modo, não me parece,

---

[26] O discurso de Pereira Rego não se limita a apontar que a febre amarela atingiria apenas os imigrantes. Há uma outra categoria: "brasileiros vindos do interior" (Pereira Rego, 1873, apud Chalhoub, 1996: 93). Ora, qual seria a composição étnico-racial dessa população?

[27] Os trabalhos do 'médico-antropólogo' Batista Lacerda e seus auxiliares no Museu Nacional dos anos 1870 e 1880 são bastante representativos da visão negativa atribuída às caracteristicas físicas dos índios (Monteiro, 1996; Santos, 2002).

[28] O primeiro grande debate sobre a imigração na segunda metade do século XIX tratou da vinda

como acredita Chalhoub, que no diverso pensamento médico houvesse uma suposta "ausência de uma terminologia racial" a ser capturada em seus "significados raciais" por diligentes pesquisadores (Chalhoub, 1996: 94).

A despeito do paradigma higienista vigente nos anos 1870 ser alçado pelo historiador à condição de ideologia da classe dominante, ele não comportava hipóteses atreladas ao determinismo biológico. Indo além, este saber a-racialista persistiu nas décadas seguintes a ponto de se tornar um parâmetro àqueles que se opunham a visões deterministas, fatalistas da sociedade brasileira. Creio que, ao invés de se examinar o pensamento médico higienista como 'falsa consciência', talvez se atingisse maior rendimento analítico focalizar as relações entre a medicina neo-hipocrática e a então nova ciência dos micróbios (pasteuriana) — no intervalo entre o fim do período oitocentista e os primeiros decênios do século XX — situando-as no contexto sociopolítico nacional. Chega-se à conclusão de que não prevaleciam assertivas de origem racial.[29]

Mesmo se admitindo a hipótese de que os médicos estivessem mancomunados com o projeto de branqueamento da sociedade brasileira, Chalhoub aborda tal ideal como uma combinação 'natural' entre estímulo à imigração

---

de chineses para serem mão-de-obra nas lavouras. Ainda no final dos anos 1860, o médico Nicolau Joaquim Moreira, que tinha um projeto de modernização do campo, abordava o tema da imigração a partir de argumentos raciais que estabeleciam uma hierarquização de povos e culturas. Moreira não se contrapunha à miscigenação de povos no âmbito da raça branca, que mesmo em graus diversos de civilização, como no caso dos anglo-saxões e latinos, resultaria numa 'boa mistura'. Os chineses, por sua vez, pertencentes à raça asiática, seriam dotados de qualidades negativas ('degenerados e imorais'). Neste caso, a mestiçagem prejudicaria o alegado progresso do Brasil. A partir de estudos e experimentos no campo da zootecnia (aprimoramento dos cruzamentos de rebanhos e plantações), Moreira chega ao projeto de aperfeiçoamento dos 'cruzamentos' entre seres humanos, cruzamento entre raças. Raça, neste projeto intelectual e político, aparece como uma categoria analítica essencial para o entendimento do progresso ou da decadência da sociedade (Lima, 2002). Esta vertente permanecerá no debate sobre a imigração e no âmbito da medicina legal de Nina Rodrigues, a partir dos anos 1880, com a Abolição e o advento da República (Corrêa, 1998; Schwarcz, 1993). Sobre as controvérsias acerca da imigração chinesa e africana no século XIX, ver: Lesser, 1999; Seyferth, 1991; Skidmore, 1993[1974].

[29] É interessante observar que Batista Lacerda, ao se deslocar para o campo da bacteriologia, mediante as suas pesquisas no Laboratório de Fisiologia Experimental do Museu Nacional, criado em 1880, abandona por um longo período seus estudos em antropologia física, para se dedicar às investigações sobre doenças, como a febre amarela (Benchimol, 1999). Neste campo, voltado à saúde pública, o pausteriano não se ateve a questões de ordem racial. Elas só vieram a ser novamente objeto de reflexão de Lacerda no início da segunda década do século XX, como veremos adiante.

branca européia e miscigenação. No entanto, há que se diferençar uma política de alteração do quadro demográfico brasileiro, com a gradual prevalência dos brancos sobre a população negra, de um projeto influenciado por teorias evolucionistas com viés racista, em que a miscigenação seletiva e a imigração seriam os parâmetros da via brasileira para a criação de uma sociedade branca, civilizada e européia, com a eliminação da raça negra. Aliás, Chalhoub não revela evidências de darwinismo social em seus personagens neo-hipocráticos, a não ser mediante um olhar retrospectivo, quando estabelece vínculos entre o racismo de Rui Barbosa e o higienismo do século XIX.

Não menos importante é trazer uma abordagem mais matizada sobre o suposto racismo dos higienistas, levando em consideração os variados sentidos do combate à febre amarela. Não se trata de subestimar os evidentes interesses econômicos em jogo, tampouco as afinidades conjunturais entre membros da elite médica e a classe senhorial. É indispensável, entretanto, uma compreensão mais ampla das repercussões de uma epidemia sobre a sociedade e o seu enfrentamento sob o aspecto de uma questão de saúde pública. O estudo das epidemias permite uma reflexão não instrumental do Estado.[30] A febre amarela é um bom exemplo, isto é, uma epidemia com importantes reflexos socioculturais e políticos. Convém uma breve digressão a esse respeito.

As descrições de época sobre o impacto da febre amarela evidenciam a dramaticidade da moléstia, os receios da sociedade em face das epidemias, as imprevisibilidades suscitadas pela irradiação de uma doença em larga escala e de maneira súbita. Estes eventos levaram à percepção da doença como um mal público, o conhecimento do seu caráter transmissível, o que interligava diferentes segmentos sociais e, por conseguinte, envolvia toda a comunidade. Neste sentido, o fenômeno da interdependência social provocou gradativamente uma tomada de consciência das elites políticas, nas últimas décadas do século XIX, de que os problemas de saúde não poderiam mais ser tratados de maneira individualizada, tópica, pois haviam atingido uma dimensão coletiva, exigindo, assim, a crescente participação do Estado. Este processo obteve maior visibilidade no final dos anos 1910. A epidemia da gripe espanhola de 1918, apenas

---

[30] As epidemias, como observa Brito (1997: 13), "são eventos sociais que envolvem o conhecimento médico-científico, a organização institucional dos sistemas públicos de saúde, a esfera econômica e as relações comerciais e diplomáticas entre as nações. Sobretudo, trazem consigo a ameaça de dizimação coletiva. Por todos esses efeitos, em especial o último, as epidemias mobilizam o imaginário social, ensejando um conjunto de representações através das quais os indivíduos procuram conferir sentido ao mal que lhes acomete".

para citar um exemplo, levou determinados segmentos da elite da época a enfrentarem os problemas de saúde pública como uma questão nacional, que demandava políticas estatais centralizadas, uma vez que dizia respeito ao conjunto da população brasileira (Hochman, 1998; Brito, 1997).

Desse modo, não me parece que a mobilização do Estado tenha se baseado apenas no diagnóstico de uma doença que causava uma série de vicissitudes à economia nacional. Por mais que recaísse preferencialmente sobre os imigrantes, a febre amarela colocava também em discussão a crescente preocupação em se constituir autoridade sanitária diante das numerosas e graves epidemias que grassavam em solo brasileiro. Além disso, existia a premência da afirmação de uma imagem positiva do país e da sua inserção no concerto das regiões modernas, à medida que os trópicos eram vistos como sinônimo de barbárie.[31]

Estas ponderações quanto às dimensões sociopolíticas das epidemias permitem repensar uma questão fundamental do argumento de Chalhoub, ou seja: o privilégio atribuído à febre amarela em prejuízo da tuberculose,[32] moléstia que atingia altas taxas de mortalidade — por vezes maior que a doença epidêmica. Chalhoub julga que "as razões para esse fato são complexas" (1996: 94), sem penetrar nos meandros da questão. Neste sentido, vale a pena uma rápida incursão pelo tema.

A tuberculose era entendida como uma doença de longa duração. Seu caráter crônico não impedia por muito tempo as atividades da força de trabalho. Segundo médicos demógrafos da virada do século XIX, ela era uma resultante da combinação de miséria com civilização moderna, que afetava "indife-

---

[31] Não sem razão, os médicos da denominada Escola Tropicalista Baiana, que não estavam identificados com políticas sanitárias em prol de interesses hegemônicos vinculados ao mundo da produção na Bahia, compartilhavam do mesmo ideário da elite médica da Corte — defendiam a construção de um projeto nacional sob a égide da saúde pública.

[32] No capítulo sobre a febre amarela, Chalhoub cita ocasionalmente o exemplo da varíola ao lado da tuberculose, como mais uma doença de grande incidência entre os negros. Seria outra evidência do descaso do governo imperial com a 'saúde da população negra'. Ele aborda a varíola no capítulo 3 (Varíola, vacina e "vacinophobia") do seu livro. Quem lê apenas o artigo sobre a febre amarela pensa que as ações governamentais nos dois casos (tuberculose e varíola) estariam no mesmo patamar. Chalhoub demonstra sobejamente que a, despeito de ações governamentais de alcance limitado, permeadas de contradições e 'acometidas' em diversos momentos de paralisia decisória, o Estado, a categoria médica e a população foram mobilizados em graus variados pelos surtos variólicos. Sobre a história da vacina antivariólica no Brasil, ver Fernandes (1999).

rentemente brancos e pretos, nacionais e estrangeiros". Acreditavam ainda que as precárias condições de habitação eram um dos principais fatores da proliferação da doença (Bodstein, 1984: 60).[33] Ademais, pode se indagar sobre a sua natureza endêmica não gerando a visibilidade de uma epidemia como a da febre amarela.[34] Por sinal, Chalhoub opera uma transformação da tuberculose: de doença dos setores populares para 'doença da população negra'. A título de ilustração, o perfil demográfico dos cortiços — foco de inúmeras doenças, inclusive a tuberculose — descrito pelo próprio Chalhoub (1996: 89), permite relativizar o recorte racial da moléstia, ou seja: "Imigrantes portugueses e negros — crioulos ou africanos; escravos vivendo 'sobre si',[35] libertos e livres — dividiam democraticamente, mesmo que nem sempre de forma pacífica, os cortiços que, a despeito dos esforços dos higienistas, continuavam a proliferar na

---

[33] O caráter 'democrático' da tuberculose é visto por Chalhoub (1996: 57) como desculpa do governo para não se estabelecer qualquer política de combate à doença. É interessante observar que na tese de Adamo (1983), utilizada por Chalhoub para consubstanciar o argumento da tuberculose como doença prevalecente entre os negros, o autor oferece dados bastante interessantes, a saber: em 1904, da mortalidade por tuberculose num universo de 100 mil habitantes, 322 eram brancos, 394 eram mulatos e 498 eram negros. Embora haja diferenças entre os três grupos, o que sobressai nos dados, a meu ver, é o alto nível de letalidade da população por tuberculose. Em outra tese, citada por Chalhoub, Kiple (1987) mostra que os médicos não foram tão indiferentes à tuberculose como Chalhoub procura nos convencer. Eles apenas insistem em não considerar a variável raça relevante para o entendimento dos males sociais da doença. Nas palavras de Kiple (1987: 130): "By the turn of the century [XIX], then, Brazilian physicians did not consider race as a factor in their explanations of blacks' high mortality from tuberculosis. (...) Koch's discovery of the tubercle bacillus prompted a series of thirty-three articles in the Gazeta Médica [da Bahia] about the ravages of tuberculosis in Bahia, during the 1880's and the 1890's. In every case, the articles either discussed the etiology of, or suggested a treatment for, tuberculosis".

[34] Quando uma doença se torna objeto de política pública? Um interessante exemplo contemporâneo é o da Aids. Nos anos 1980, as resistências à adoção de uma política nacional de combate à Aids estavam embasadas no argumento de que "algumas centenas de casos de Aids pareciam inconseqüentes em comparação com os milhares de casos da doença de Chagas, malária, tuberculose, meningite e outras" (Parker, 1994: 40). Na década de 1990, a Aids torna-se objeto de política pública de amplo alcance e competência. A notoriedade adquirida pelo Programa Nacional de Combate à Aids, inclusive servindo de exemplo para outros países, é uma demonstração da complexidade das questões que envolvem a definição de políticas na área da saúde. O alastramento da epidemia, o engajamento de organizações da sociedade civil, a mobilização de instituições internacionais, as disputas científicas em torno da descoberta da doença são alguns dos componentes da rede de agências e agentes que fizeram a pandemia do HIV/Aids adquirir tamanha visibilidade.

[35] Era uma categoria de escravos que gozava de certa autonomia em relação ao senhor e vivia em cortiços na cidade do Rio de Janeiro (Chalhoub, 1996).

cidade". Neste sentido, a população atingida pela tuberculose se caracterizava por uma diversidade étnico-racial que parecia não se restringir a uma 'doença dos negros'. [36]

Ainda sobre o capítulo febre amarela *versus* tuberculose, tem-se a impressão de que Chalhoub atribui uma certa excepcionalidade ao Brasil, não levando em consideração que, no contexto da segunda metade do século XIX até os primeiros decênios do século XX, diversos países (centrais ou periféricos) revelaram os limites do Estado e das elites políticas em enfrentar moléstias resultantes da pobreza. Igualmente, era uma espécie de senso comum entre os médicos que o modo mais eficiente de combater a tuberculose era a elevação do nível socioeconômico das classes subalternas. O Estado, nesse tempo, exercia um papel tímido. Na realidade, as experiências que obtiveram êxito na época estavam orientadas para a notificação compulsória, o isolamento dos doentes e as desinfecções gerando elevados custos econômicos, sociais e políticos às agências e aos agentes governamentais (Stepan, 1998). Não à toa, foram movimentos oriundos da sociedade civil que transformaram, em alguns países, a tuberculose em questão de saúde pública.[37]

Por último, o historiador superestima o 'poder higienista' e não faz as devidas distinções entre profissão médica, autoridades de saúde pública e ações governamentais. Lembra, por isso, estudos estruturalistas e foucaultianos realizados no Brasil na virada dos anos 1970. Talvez, por esse motivo, os alegados juízos racistas de dois ilustres médicos da Corte assumam tamanha importância. Apesar da Academia Imperial de Medicina e da Junta Central de Higiene Pública terem ambições de formular e implementar políticas de saúde, de 'medicalizar a sociedade', as duas instituições tinham importância lateral na burocracia estatal. Os recursos irrisórios destinados à saúde pública no

---

[36] Embora Chalhoub elabore sua hipótese com base no modelo bipolar, a exemplo da experiência norte-americana (febre amarela/brancos *versus* tuberculose/negros), ao longo do artigo, ele oscila na definição do perfil sociorracial da população acometida pelo 'mal do peito': ora são pobres, ora são mestiços, ora são negros.

[37] No início do século XX, lembrando a experiência de outros países, foi fundada no Rio de Janeiro a Liga Brasileira contra a Tuberculose, entidade da sociedade civil, de natureza filantrópica, que procurou preencher uma lacuna deixada pelo Estado. Em 1907, na era Oswaldo Cruz, houve tentativas de se transformar a peste branca em problema de saúde pública sem maiores conseqüências. Só nos anos 1920, no bojo do processo de centralização das ações em saúde pública, criou-se a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose (Bodstein, 1984; Hochman, 1998; Nascimento, 2002).

Império são um indicador preciso do tal 'poder médico' (Coelho, 1999).[38] (ver Tabela 1 e Gráfico 1).

Enfim, é possível relativizar a perspectiva monocausal de Chalhoub de que médicos racistas no âmbito da saúde pública, conscientes dos problemas macroeconômicos, tornaram-se intelectuais submetidos aos interesses dos grupos dominantes em função do plano de criação de uma supremacia branca.

Tabela 1

Despesas sociais, por itens. Brasil, 1841-1889 (%)

Anos	Educação e Cultura	Saúde Pública	Assistência Social	Escravos	Total
1841-42	23,49	3,08	73,43	—	100,00
1845-46	21,00	2,63	76,20	0,17	100,00
1850-51	16,71	7,59	70,56	5,14	100,00
1855-56	17,57	53,97	27,22	1,24	100,00
1859-60	34,10	5,51	58,61	1,78	100,00
1865-66	26,90	1,70	69,14	2,26	100,00
1870-71	24,15	0,95	74,90	—	100,00
1875-76	32,86	1,20	56,77	9,17	100,00
1880-81	19,94	0,67	49,84	29,55	100,00
1885-86	26,26	10,69	48,15	14,90	100,00
1889	29,93	4,25	65,82	—	100,00

Fonte: Balanços da Receita e Despesas do Império, anos indicados (Carvalho, 1996: 401).

[38] Mesmo em momentos agudos das epidemias de febre amarela, como foram os casos de 1873 e 1876, os recursos do orçamento do Império alocados à saúde pública foram baixos e estáveis (ver Carvalho, 1996). Nas palavras de Coelho (1999: 144): "Se os gastos governamentais constituem um razoável indicador, a saúde pública ocupou o último lugar nas prioridades do governo central: excetuado o ano de 1889, quando o dispêndio com a rubrica representou aproximadamente 11,3% da despesa global, o percentual ficou por volta de 1,4% em média no período 1880-1888".

Gráfico 1

Porcentagem de despesa social, por itens. Brasil, 1841-1889

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

Assistência Social e
Gastos com Escravos

Educação e Cultura

Saúde Pública

1841 1842 | 1845 1846 | 1850 1851 | 1855 1856 | 1859 1860 | 1865 1866 | 1870 1871 | 1875 1876 | 1880 1881 | 1885 1886 | 1889

Fonte: Balanços da Receita e Despesas do Império, anos indicados (Carvalho, 1996: 257).

O legado médico-higienista a-racialista

Apesar do controle da febre amarela ser interpretado por Chalhoub como obscuro objeto do desejo de higienistas racistas a mando do capital, o pensamento médico ambientalista do século XIX mantém, a meu ver, afinidades com o ideário sanitarista da Primeira República, especialmente no que concerne à perspectiva a-racialista. O higienismo das duas primeiras décadas do século XX era ainda antioligárquico e incluía propostas de políticas de saúde pública abrangentes, voltadas para a construção da nacionalidade (Santos, 1985).

A partir dos anos 1870, quando se tornaria explícita a relação entre o projeto higienista e o mundo dos interesses, o conhecimento científico no âmbito da saúde pública converte-se em "proselitismo teórico" (Chalhoub 1996: 86). Não ao acaso, Chalhoub percebe a existência de afinidades entre a persistente identificação dos higienistas do século XIX com a tradição neo-hipocrática e os conteúdos darwinistas sociais dos anos 1910. Afinal, Torres Homem e Rui Barbosa, como 'ideólogos', estariam comprometidos com "malconfessadas políticas específicas de saúde pública" (Chalhoub, 1996: 62).

Publicado em julho de 1917, o discurso de Rui Barbosa lembra a memória apresentada no 1º Congresso Universal das Raças, realizado em Londres, em 1911, pelo médico Batista Lacerda, então diretor do Museu Nacional. Este, em tom otimista, previa que, com a miscigenação, o Brasil se tornaria um país de população predominantemente branca até 2012. Em contraposição à idéia de que a mestiçagem levaria à degeneração, sua tese do branqueamento comportava dois movimentos: 1) um processo biossocial de miscigenação seletiva, no qual mestiços e negros são considerados inferiores e fadados a uma marcha gradual à extinção. No que se refere aos mestiços, há visões ambíguas. Diante da mobilidade social restrita dos mulatos observada no Império, fruto da 'boa vontade' da elite senhorial — o 'médico-antropólogo' os veria como biologicamente inferiores aos negros, moralmente inconstantes, não obstante serem dotados de algumas qualidades intelectuais que os aproximariam dos brancos. Neste sentido, prevaleceria, quer pela "seleção intelectual", quer pela "seleção sexual", o domínio gradativo da raça branca. 2) O incentivo à imigração européia, como forma de alterar o quadro demográfico, reduzindo o contingente de negros e mestiços. Ao longo do seu estudo, Lacerda concebe a dinâmica do branqueamento como produto da "luta pela vida" ou da "sobrevivência dos mais aptos" (Seyferth, 1985: 87-93).[39]

Rui Barbosa (1999[1917]: 36-37), lembrando Lacerda, proclama que "a corrente imigratória nos vem depurar as veias da mestiçagem primitiva". A "raça branca" haveria de vencer "o sangue africano" em nome do processo civilizatório brasileiro. Sua fala veio a público no momento em que o tema da saúde pública assumia papel de relevo no cenário político da Primeira República.

---

[39] Foi Ricardo Ventura Santos quem me chamou a atenção para as possíveis afinidades entre o pensamento de Rui Barbosa e o de Batista Lacerda. Banton (1977: 115) considera que "talvez o elemento mais característico na concepção das relações raciais do darwinismo social seja a sua reivindicação de que essas relações eram caracterizadas por um antagonismo que devia ser entendido em termos de sua função evolutiva".

Os conturbados anos 1910, que presenciam a 1ª Guerra Mundial e o surgimento de movimentos nacionalistas, redefinem as imagens sobre o país, a sociedade e o papel do Estado. Galvanizando intelectuais, médicos e políticos a partir da máxima do Brasil como "imenso hospital" — famosa expressão-síntese de Miguel Pereira sobre o quadro sanitário brasileiro —, a descoberta do Brasil doente e as propostas políticas de superação dos problemas sociais divulgadas pelo movimento sanitarista em clave antideterminista (Hochman, 1998; Lima, 1999) vão de encontro aos estigmas raciais reforçados pela retórica de Rui Barbosa.[40]

Nos primeiros decênios da República, observa-se a disputa entre projetos de nação ancorados de formas variadas no conhecimento médico e sanitário da época. Em face do fim da escravidão e do advento do regime republicano, elites políticas e intelectuais assumem o desafio de repensar a nação e suas possibilidades de adentrar o mundo moderno. Pode-se dividir, *grosso modo*, este momento em duas vertentes: a primeira delas atribui ao conceito de raça papel demiúrgico no processo de compreensão e intervenção na dinâmica societária. Opera com uma visão determinista biológica e mantém vínculos estreitos com a antropologia física do século XIX. Esta corrente teve forte ascendência no campo da medicina-legal, particularmente nos trabalhos do 'médico antropólogo' Nina Rodrigues e seus 'discípulos'. Sua produção intelectual exerceu significativa influência nas criticas ao liberalismo da Primeira República, na modernização do aparato policial, especialmente nos processos de controle e identificação das 'classes perigosas' e, não menos relevante, nos estudos sobre o negro (Corrêa, 1998).

A segunda vertente, de matriz ambientalista, alicerçada na tradição médico-higienista, alcançou maior proeminência durante a 1ª Guerra Mundial, quando o otimismo nacionalista, somado aos avanços da bacteriologia e da microbiologia, elaborou um diagnóstico em que grande parte da população pobre atingida por doenças infecto-contagiosas, localizada principalmente no interior do país, "não era assim, estava assim", lembrando a autocrítica de Monteiro Lobato na famosa análise do seu personagem Jeca Tatu. Este era o tempo dos sanitaristas, representados pela Liga Pró-Saneamento, criada em 1918.

---

[40] No caso da febre amarela no Panamá, o preconceito racial de Rui Barbosa (1999[1917]: 47-48) retoma a idéia de 'luta de raças': "havia quatro séculos que o istmo de Panamá se reputava o túmulo dos brancos. A terrível coveira, complacente amiga dos negros e mestiços, lá estava de atalaia, com o vômito preto e o impaludismo. Espanhóis, franceses, ingleses, atraídos pela gigantesca empresa de Lesseps, morriam como moscas".

Seus temas eram: expansão do aparato estatal, incorporação social de populações marginalizadas, centralização das políticas de saúde pública e perspectiva crítica em relação aos reducionismos climático e racial (Lima & Hochman, 1996).

De um lado, verifica-se a proposta liberal e racista enunciada pelo discurso de Rui Barbosa de substituição do povo brasileiro, constituído em grande parte por mestiços e negros, por grandes levas de imigrantes europeus. De outro, intelectuais médicos antiliberais, como Belisário Pena, críticos contundentes da Primeira República, anti-racistas, afirmam que a superação das doenças endêmicas que grassavam na população seria a precondição para a construção da nação.

A vertente sanitarista exerceu papel central no processo de inflexão de interpretações raciais para argumentos sociológicos e culturalistas.[41] O impacto do sanitarismo se fez notar na obra de Gilberto Freyre. Por ocasião da 2ª Guerra Mundial, em plena mobilização da máquina genocida nazista, o sociólogo resgatava a visão crítica do antropólogo Roquette-Pinto a respeito da crença na existência de uma "patologia da miscigenação" em contraposição ao determinismo racial postulado por Nina Rodrigues (Freyre, 1942: 4). Não era a primeira vez que Freyre acionava Roquette-Pinto para se antepor aos racistas.

Em seu famoso prefácio no livro *Casa-Grande & Senzala* (1933), Freyre registrava a influência do antropólogo do Museu Nacional no ritual de revelação de seus preconceitos raciais juvenis e no processo de conversão ao culturalismo. A princípio, miscigenação se confundia com degeneração. Tempos depois, lembrava que faltou quem o alertasse de que o problema não era a mestiçagem, como já havia chamado a atenção Roquette-Pinto no 1º Congresso Brasileiro de Eugenia, de 1929.

Levado a efeito no apagar das luzes da Primeira República, o evento reuniu médicos, educadores, antropólogos, políticos, espelhando a corrente eugê-

---

[41] Um bom exemplo dessa guinada é o caso da sífilis. Conforme Carrara (1996: 128): "a partir dos anos [19]20, os sifilógrafos brasileiros irão enfatizar sobretudo as influências sociomorais como moduladoras da 'necessidade sexual' no sentido do excesso, apontando como suas causas precípuas a ignorância, a pobreza, a imoralidade do meio social, a herança escravocrata etc. (...) Seriam tais influências que determinariam em última instância o ritmo de difusão da sífilis. (...) Diferentemente dos fatores biofísicos como a raça e o clima, elas podiam ser, através de uma intervenção esclarecida, alteradas mais rápida e facilmente, franqueando ao país o desenvolvimento em direção às tais 'formas mais elevadas de civilização'".

nica dominante no Brasil neste período que, diferente dos modelos deterministas como o anglo-saxão, atribuía ao saneamento, à higiene e à educação as melhores opções para a superação dos infortúnios vividos pela sociedade brasileira (Stepan, 1991).

Em sua comunicação no Congresso de Eugenia, Roquette-Pinto afirmou que:

> o número de indivíduos somaticamente deficientes, em algumas regiões do país, é realmente considerável. Isso, porém, não corre por conta de qualquer fator de ordem racial; deriva de causas patológicas cuja remoção na maioria dos casos independe da antropologia. É questão de *política sanitária e educativa*. (Roquette-Pinto, 1929: 146, grifos do autor)

Reavaliando sua posição, Freyre (1993) chega à conclusão de que eram as doenças, e não os condicionantes raciais, que afligiam "mulatos e cafuzos".

Ao ressaltar a importância de Roquette-Pinto, Freyre (1942: 4), em seu artigo dos anos 1940, o associa ao paradigma higienista, que remonta ao século XIX, no qual inclui os esculápios da Corte: Cruz Jobim, Xavier Sigaud e Paula Candido, os dois últimos mencionados por Chalhoub. Essa tradição médica rejeitava a idéia de que, nas palavras de Freyre (1942: 4), "mestiçagem ou clima resultassem, no Brasil, 'doenças especiais'". O neo-hipocratismo exerceu significativa influência na análise desenvolvida por Freyre em *Casa-Grande & Senzala* (Ferreira, 2001). A seu ver, os males brasileiros não seriam devidos a características inatas, mas a fatores ambientais. Em suas reflexões sobressaem aspectos relacionados à alimentação, à ecologia, às influências geográficas, às condições sanitárias, aos costumes e às tradições, enfim, a um conjunto diversificado de hábitos que marcaram o passado colonial do país e que tinham no sistema da escravidão um elemento estrutural de suma importância.[42]

Ao assumir o desafio de transformar o discurso de Rui Barbosa em "testemunho histórico a ser desvendado", Chalhoub (1996: 95) acaba por não atentar, como vimos, para o rico e complexo contexto em que a questão racial é discutida na Primeira República, sob a perspectiva do controle das doenças epidêmicas e endêmicas que arruinavam o país. O senador liberal, com um

[42] Lendo Ferreira (2001), fiquei com a impressão de que a filiação de Gilberto Freyre ao neolamarckismo, revelada em *Casa-Grande & Senzala*, é, em larga medida, tributária do neo-hipocratismo do século XIX.

olhar retrospectivo sobre a febre amarela do período pré-Oswaldo Cruz, declara em pleno Teatro Municipal sua profissão de fé no ideal do embranquecimento da população brasileira, quando já se encontrava na cena pública propostas alternativas a este projeto.

Este debate persistirá na década de 1930. Gilberto Freyre elege Oliveira Vianna como interlocutor privilegiado, uma espécie de Batista Lacerda refinado em matéria de ideologia do branqueamento. Apesar da insistente e infundada acusação por ter escrito um tratado sobre o 'paraíso racial brasileiro', Freyre termina *Casa-Grande & Senzala* de modo surpreendente, aparentemente inconcluso, desvelando a dramaticidade da condição do negro sob o domínio da escravidão. Sustenta, mais uma vez, que as condições socioeconômicas incidem sobre o cenário de permanentes mazelas a que os negros estavam submetidos. Inspirando-se no médico do Império, Cruz Jobim, Freyre afirma:

> Mas não foram poucas as doenças de brancos que os negros domésticos adquiriram; e as que se apoderaram deles em conseqüência da má higiene no transporte da África para a América ou das novas condições de habitação e de trabalho forçado. Trabalho forçado que nas cidades foi quase sempre "em desproporção com a nutrição"; diz-nos [José Maria da Cruz] Jobim que, em 1835, anotou as seguintes moléstias, como predominando entre os operários e escravos domésticos do Rio de Janeiro: sífilis, hipertrofia do coração, reumatismo, bronquites, afecções das vias aéreas, pneumonias, pleurises, pericardites, irritações e inflamações encefálicas, tétano, hepatites, erisipelas, ordinariamente nos membros inferiores e nos escrotos e aí determinando hipertrofia e degenerescência fibrolardácea do tecido celular subcutâneo, extravasões nas diversas cavidades sonoras, raras vezes nas articulações e freqüentemente no abdômen, na pleura, no pericárdio, na sorosa testicular, nos ventrículos cerebrais determinando paralisia; e ainda tubérculos pulmonares, febres intermitentes, opilação. "Os vermes e particularmente a toenia, e as ascarides lombricoides abundão (sic) muito", acrescenta Jobim (Freyre, 1933: 517).[43]

---

[43] Gilberto Freyre nos informa na nota nº 1, da pág. 517 da primeira edição de *Casa-Grande & Senzala* (1933), que este trecho de Jobim foi extraído de José Martins da Cruz Jobim, "Discurso sobre as moléstias que mais afligem a classe pobre do Rio de Janeiro (lido na sessão pública da Sociedade de Medicina a 30 de junho de 1835)", Rio de Janeiro, 1835.

Freyre, influenciado pelo estudo do neo-hipocrático Cruz Jobim, lembra os sanitaristas da Primeira República, quando insiste na metáfora da doença para denunciar os males do Brasil em chave anti-racista,[44] valorizando, assim, o legado higienista.

O ponto de partida deste artigo foi o debate em torno das relações entre medicina, saúde pública e racismo no Brasil, ocorrido no seminário *Raça/Etnicidade na América Latina: questões sobre saúde e direitos reprodutivos* (Rio de Janeiro, novembro de 2001), organizado pelo Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde do Departamento de Biologia do Instituto Oswaldo Cruz, com o apoio da Fundação Ford. Foram mobilizados argumentos históricos para fundamentar a posição de que os médicos estiveram comprometidos com projetos políticos racistas, como foi o caso da imigração européia, objeto da análise de Sidney Chalhoub. No momento em que se procura implementar um programa voltado para a denominada 'saúde da população negra', o estudo de Chalhoub tornou-se uma importante fonte para um promissor debate historiográfico. Ao longo da elaboração deste artigo, contei com a inestimável colaboração de Carlos Eduardo Calaça, Flavio Edler e Luiz Otávio Ferreira do ponto de vista da pesquisa, das críticas e sugestões bibliográficas. Gostaria de agradecer a Angela Porto, Cristina Oliveira, Dilene Nascimento, José Augusto Drummond, Nelson Sanjad, Nísia Trindade Lima, Ricardo Ventura Santos e Simone Monteiro pelos comentários a versões preliminares do texto. Naturalmente, cabe ao autor a responsabilidade pelas análises e pelos posicionamentos.

[44] Lima & Hochman (1996) e Teixeira (1997) chamam a atenção para a importância do movimento sanitarista na inflexão do debate racial no Brasil entre os anos 1910 e 1930. A obra de Gilberto Freyre é bastante representativa dos deslocamentos conceituais ocorridos naquele contexto.

Referências bibliográficas

ADAMO, S. C. *The Broken Promise: race, health, and justice in Rio de Janeiro*, 1983. Tese de Doutorado, New Mexico: The University of New Mexico.

BANTON, M. *A Idéia de Raça*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARBOSA, R. *Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1999[1917].

BENCHIMOL, J. L. *Dos Micróbios aos Mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ, 1999.

BLAKE, A. V. A. S. *Diccionario Bibliographico Brazileiro*. v. 4. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1893.

BODSTEIN, R. C. A. *Condições de Saúde e Prática Sanitária no Rio de Janeiro: 1890-1934*, 1984. Dissertação de Mestrado, Niterói: Departamento de História, Universidade Federal Fluminense.

BODSTEIN, R. C. A. Práticas sanitárias e classes populares do Rio de Janeiro. *Revista do Rio de Janeiro*, 1(4):33-43, 1986.

BOURDIEU, P. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

BRITO, N. A. La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. *História, Ciência e Saúde — Manguinhos*, IV (1):11-30, 1997.

CARRARA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CARVALHO, J. M. *Teatro de Sombras*. Rio de Janeiro: UFRJ/Relume Dumará, 1996.

CARVALHO, M. A. R. de & LIMA, N. V. T. O argumento histórico nas análises de saúde coletiva. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

CASTRO SANTOS, L. A. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados — Revista de Ciências Sociais*, 28(2):193-210.

CHALHOUB, S. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

COELHO, E. C. *As Profissões Imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro: 1822-1930*. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 1999.

CORRÊA, M. *As Ilusões da Liberdade: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil*. São Paulo: Fapesp/Universidade São Francisco/CDAPH, 1998.

COSTA, N. S. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.

EDLER, F. C. O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, III(2):284-299, jul-out 1996.

EDLER, F. C. De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu. *História, Ciência e Saúde — Manguinhos*. VIII(supl.):925-943, 2001.

EDLER, F. C. A escola tropicalista baiana: um mito de origem na medicina tropical no Brasil. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IX(2):357-385, maio-ago 2002.

FERNANDES, T. M. *Vacina Antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FERREIRA, L. O. João Vicente Torres Homem: descrição da carreira médica no século XIX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 4(1):57-76, 1994.

FERREIRA, L. O. *O Nascimento de uma Instituição Científica: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX*. Tese de Doutorado, São Paulo: Departamento de História/FFLCH-USP, 1996.

FERREIRA, L. O. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-1843). *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, VI(2):331-351, jul-out. 1999.

FERREIRA, L. O. Uma interpretação higienista do Brasil imperial. In: HEIZER, A. & PASSOS VIDEIRA, A. A. (Orgs.) *Ciência, Civilização e Império nos Trópicos*. Rio de Janeiro : Access Editora, 2001.

FREYRE, G. *Casa-Grande & Senzala*. Rio de Janeiro: Maia & Schmidt Ltda, 1933.

FREYRE, G. Precursores esquecidos. *O Jornal*, 21 jul. 1942, p. 4.

HARRISON, M. The tender frame of man: disease, climate and racial difference in India and the west Indies, 1760-1860. *Bulletin of the History of Medicine*, 70:68-93, 1996.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

KIPLE, D. S. *Darwin and the Medical Perceptions of the Black: a comparative study of the United states and Brazil, 1871-1918*, 1987. Tese de Doutorado, Bowling Green: Bowling Green State University.

KURY, L. B. Entre nature et civilisation: les medecins brésiliens et l'identité national (1830-1850). *Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, 12:159-172, 1994.

LESSER, J. H. *Negotiating National Identities: immigrants, minorities, and the struggle for ethnicity in Brazil*. Durham: Duke University Press, 1999.

LIMA, N. T. *Um Sertão Chamado Brasil*. Rio de Janeiro: Revan/Iuperj, 1999.

LIMA, N. T. & HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (Orgs.) *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996.

LIMA, S. C. S. *O Embrutecido, o Imoral e o Civilizado: raça e identidade nacional no pen-*

samento de Nicolau Joaquim Moreira (1824-1894), 2002. Monografia de Bacharelado, Rio de Janeiro: Faculdade de História/UERJ. (Mimeo.)

MAGALHÃES, F. *Centenário da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typ. A. P. Barthel, 1932.

MONTEIRO, J. M. As raças indígenas no pensamento brasileiro do Império. In: MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (Orgs.) *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996.

NASCIMENTO, D. *Fundação Ataulpho de Paiva — Liga Brasileira contra a Tuberculose: um século de luta*. Rio de Janeiro: Quadratim, 2002.

PARKER, R. *A Construção da Solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/Relume Dumará, 1994.

PEARD, J. G. *Race, Place, and Medicine: the idea of the tropics in ninettenth-century Brazilian medicine*. Durham, London: Duke University Press, 1999.

ROQUETTE-PINTO, E. Notas sobre os tipos antropológicos do Brasil. In: 1º Congresso Brasileiro de Eugenia. Rio de Janeiro, 1929.

SANTOS, R. V. Mestiçagem, degeneração e viabilidade de uma nação: debates em antropologia física no Brasil. In: PENA, S. (Org.) *Homo Brasilis: aspectos genéticos, lingüísticos, históricos e socioculturais da formação do povo brasileiro*. Ribeirão Preto: Funpec, 2002.

SANTOS FILHO, L. de C. *História Geral da Medicina Brasileira*. v. 2. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1991.

SCHWARCZ, L. M. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SEYFERTH, G. A antropologia e a teoria do branqueamento da raça no Brasil: a tese de João Batista de Lacerda. *Revista do Museu Paulista*, XXX: 81-98, 1985.

SEYFERTH, G. Os paradoxos da miscigenação: observações sobre o tema imigração e raça no Brasil. *Estudos Afro-asiáticos*, 20:165-185, 1991.

SKIDMORE, T. E. *Black into White: race and nationality in Brazilian thought*. Durham: Duke University Press, 1993 [1974].

STEPAN, N. L. *The Hour of Eugenics: race, gender, and nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press, 1991.

STEPAN, N. L. Medicina tropical e saúde pública no Brasil. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV(3):598-608, 1998.

TEIXEIRA, L. A. Da raça à doença em Casa-Grande e Senzala. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV (2):231-243, 1997.

DESIGUALDADES EM SAÚDE, RAÇA E ETNICIDADE: QUESTÕES E DESAFIOS[1]

Simone Monteiro

É notório que as taxas de mortalidade e morbidade são mais altas nos segmentos populacionais mais empobrecidos. Considerando que as doenças, em geral, resultam da interação de múltiplos fatores, as investigações relativas às causas da suscetibilidade à saúde devem buscar compreender em que medida as condições socioeconômicas interagem com fatores associados a aspectos culturais e biológicos. Tendo por base a dimensão histórica e social da concepção de raça e etnia,[2] analiso neste trabalho as relações entre grupos étnico-raciais e a determinação das desigualdades na área da saúde.

A partir de uma revisão bibliográfica,[3] procuro identificar como a literatura tem abordado os conceitos de raça e etnia na definição da vulnerabilidade às doenças e quais as implicações dessas concepções para a interpretação das diferenças nos indicadores de saúde entre os grupos étnico-raciais. Foram privilegiados três tópicos para discussão, quais sejam:

1) um balanço da literatura internacional sobre as relações entre etnia/raça e saúde;
2) visões da produção bibliográfica brasileira sobre o tema saúde da população negra;
3) desafios das investigações na área da saúde centradas na origem étnica/racial.

---

[1] Este artigo é uma versão revista e ampliada do texto Perspectivas da literatura sobre raça/etnia e saúde, publicado no *Boletim Sexualidade, Gênero e Sociedade*, 15-16:16-20, IMS/Uerj, 2001.
[2] Ver Maio & Santos (1996) e Cashmore (2000).
[3] Os pontos assinalados resultaram da análise da produção bibliográfica no período de 1995 a 2000, por meio da consulta às bases do MEDLINE e do SCIELO, e a boletins de divulgação científica, somada a contatos com pesquisadores e lideranças sociais.

Perspectivas da literatura internacional

A relação entre etnia/raça e saúde tem sido tratada pela produção acadêmica, particularmente a norte-americana, mas ainda é incipiente na América Latina. No caso brasileiro, observa-se que as reflexões são escassas, mas deve ser salientado que, nos últimos anos, este tema tem sido objeto de interesse de pesquisadores, lideranças do movimento negro e de instituições intergovernamentais — Organização das Nações Unidas (ONU), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) —, de fundações filantrópicas norte-americanas e agências de fomento a pesquisas nacionais. Tais organizações têm apoiado investigações, programas sociais e políticas direcionados para a redução das desigualdades raciais na sociedade brasileira.

Uma discussão relevante nas análises sobre etnia/raça e saúde tem por base os dados sobre o maior risco da população negra, quando comparada à população branca, no que diz respeito aos agravos crônicos, como hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doença renal terminal. Estudos centrados no controle de variáveis socioeconômicas revelam que no mesmo estrato social há casos, como a hipertensão arterial, em que a população negra apresenta taxas de sobremortalidade e sobremorbidade em relação à população branca. Tal constatação fundamentou a hipótese da influência do fator genético na determinação de doenças relacionadas a grupos étnico-raciais. Todavia, existem controvérsias em relação a esta visão. Pondera-se que é problemático atribuir uma dimensão exclusivamente biológica aos agravos à saúde, haja vista que as enfermidades, em geral, decorrem de fatores diversos, de natureza histórica, econômica e psicossocial. Quer dizer, as variações entre grupos étnico-raciais podem resultar de fatores sociais, mais difíceis de serem mensurados e controlados nas análises epidemiológicas, conforme revela Anand (1999). O autor adverte que, nos Estados Unidos, vários estudos e programas de pesquisas na área da saúde interpretam as diferenças nos fatores de risco e nas taxas de doenças entre brancos e negros, apesar das controvérsias envolvendo esta temática.

Cooper & Rotimi (1997) afirmam que ainda não foram estabelecidas características específicas quanto à hipertensão entre negros. Segundo os autores, as evidências epidemiológicas sugerem que existe um risco semelhante de complicações associadas à elevação da pressão sangüínea entre negros e brancos, e que as especificidades da fisiopatologia, conhecidas como parte da etiologia causal, não demonstraram variações entre os grupos. Isto significa dizer que as características particulares desta condição entre negros estão restritas a diferentes associações e à intensidade de fatores de risco.

A visão dos autores converge com os argumentos apresentados por Lopes (1997), de que não há evidências científicas que justifiquem, por fatores genéticos, o maior risco entre os negros para doenças multifatoriais como a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus* e a doença renal terminal. Os questionamentos se referem aos modelos estatísticos utilizados no controle das variáveis socioeconômicas na associação entre raça e doença, assim como aos resultados das investigações acerca da relação entre fatores de natureza psicossocial (como baixo peso ao nascer, estresse psicológico e baixa ingestão de potássio) e a manifestação de algumas dessas doenças. Mesmo no caso da anemia falciforme — que apresenta uma particularidade, pois apenas uma certa alteração na cadeia de DNA é suficiente para gerar as manifestações clínicas —, os fatores ambientais não são eliminados. A maior prevalência do gene da anemia falciforme entre negros pode ser resultante da maior resistência dos indivíduos portadores desse gene à malária grave — causada pelo *Plasmodium falciparum* —, doença de alta letalidade no continente africano por séculos.

Ainda dentro de uma perspectiva crítica sobre as causas dos agravos em saúde apoiada na origem biológica, o artigo de Peter Fry (nesta coletânea) salienta que a associação entre 'raça negra' e a anemia falciforme tem por base uma interpretação biológica da raça, contraposta à formulação da raça como construção social. O autor analisa as implicações desta correlação, qual seja 'raça negra' e doença, para a afirmação de identidades raciais tanto na realidade norte-americana quanto no contexto brasileiro.

Demais visões enfatizam a necessidade de se considerar os fatores socioculturais[4] na compreensão das relações entre etnicidade/raça e saúde. McDermott (1998) assinala os perigos e as conseqüências éticas da associação não crítica entre doença e 'raça', a partir do questionamento da hipótese da base genética (hipótese do *Thrifty genotipe*), como causa explicativa para a epidemia de diabetes, principalmente nas sociedades indígenas do período pós-colonial. O autor questiona as evidências, sustentadas em dados epidemiológicos, que apóiam a teoria sobre a presença de um fator genético imutável ao invés de heranças ou fatores metabolicamente adaptados e, conseqüentemente, mutáveis, que tornam grupos étnicos mais vulneráveis. Na sua visão, o paradig-

[4] Sobre a influência de fatores socioculturais, ver as conclusões de Samann (2000) sobre as relações entre raça, etnicidade e pobreza na compreensão dos problemas de saúde mental em crianças.

ma do determinismo biológico exclui a análise da influência dos fatores sociais na definição da doença e, conseqüentemente, prejudica a adoção de medidas de assistência e prevenção.

Williams (1997), por sua vez, sugere que as pesquisas explorem como as demandas ambientais, combinadas com a suscetibilidade genética e as particularidades comportamentais e psicológicas, aumentam o risco de doenças em grupos expostos a adversidades psicossociais. Neste sentido, o autor propõe um modelo que visa contemplar tais aspectos, incluindo a análise combinada de: *fatores macro sociais* (ex.: condição histórica e econômica, ordem política, códigos legais); *racismo* (ex.: a discriminação individual e coletiva); *status social* (ex.: etnicidade/raça, gênero); *fatores de risco* (ex.: estresse/preconceito racial; hábitos saudáveis); *processos e mecanismos fisiológicos*; e *indicadores de estado de saúde* associados aos aspectos físicos ou mentais.

Em seu trabalho, Geronimus (2000) argumenta que as investigações sobre a saúde de grupos étnico-raciais empobrecidos e marginalizados devem apoiar-se na análise dos fatores históricos e econômicos, associados à produção e manutenção das desigualdades sociais, incluindo os estudos dos efeitos da discriminação étnico-racial. Isto significa dizer que os segmentos étnicos minoritários têm tido maior dificuldade de ascensão social, quando comparados à população branca, em função da falta de acesso à educação, à saúde, ao emprego e à habitação de qualidade. Essas limitações se integram aos efeitos do preconceito étnico-racial, mais ou menos explícitos nas experiências do cotidiano, gerando estresse psicológico e baixa auto-estima, e fomentando o quadro de falta de equidade social, inclusive em saúde.

Os efeitos da discriminação étnico-racial também estão presentes nas investigações sobre os fatores que afetam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Pondera-se que o tratamento diferenciado entre os grupos étnico-raciais na área da assistência é um dos responsáveis pelas desigualdades raciais em saúde. Neste sentido, estudos na área do planejamento, gestão e avaliação de serviços discutem as relações entre disparidades étnico-raciais e sociais em saúde e a qualidade dos modelos de acesso aos serviços de saúde, incluindo sugestões para futuras pesquisas e ações neste campo (Fiscella et al 2000; Cooper et al, 2002)

Cabe pontuar que os estudos sobre os danos da discriminação étnico-racial para a saúde ainda são limitados. Neste sentido, vale destacar as contribuições das reflexões de Krieger (2000) sobre os procedimentos metodológicos voltados para o incremento das pesquisas epidemiológicas acerca das implicações dos diferentes tipos de discriminação[5] para a saúde.

Saúde da população negra: visões do Brasil

A literatura nacional também traz indagações sobre a dimensão étnico-racial dos agravos à saúde.[6] Para alguns pesquisadores e algumas lideranças sociais do Brasil, o não reconhecimento do racismo em nossa sociedade tem limitado o estudo das relações entre etnia/raça e saúde.

Segundo Caldwell (2000), a invisibilidade da raça e da experiência das mulheres negras na produção do conhecimento no Brasil, quando comparada aos estudos feministas sobre mulheres não-brancas realizados na Inglaterra, nos Estados Unidos e no Canadá, tem repercutido no campo da saúde e dos direitos reprodutivos. A autora afirma que, nos países citados, o trabalho de intelectuais não-brancas possibilitou um melhor entendimento das especificidades sociais, culturais e históricas na construção da identidade de gênero feminina, gerando repercussões na teoria feminista na década de 1990. No Brasil, salvo raras exceções capitaneadas por feministas negras,[7] a temática sobre a racialização do gênero não foi absorvida pela agenda dos estudos feministas.

Vale notar que um dos temas sobre saúde da mulher e etnia/raça que suscitou um grande debate público no país e repercutiu no campo acadêmico se refere à existência de uma política de esterilização em massa no Brasil. O trabalho de André Caetano (nesta coletânea) analisa os estudos voltados para este tema e traz novas interpretações acerca das condições diferenciadas que cada grupo de cor/raça experimenta no controle da fecundidade, no que se refere à esterilização cirúrgica feminina.

Pode-se dizer que as reflexões sobre a sociedade brasileira, elaboradas em sua maioria por mulheres negras, têm apontado para a maior prevalência entre a população feminina negra de miomas e outros agravos, que também incluem os homens negros, como diabetes tipo II, hipertensão arterial e anemia falciforme. Salienta-se que tais doenças podem promover abortamento espontâneo, maior suscetibilidade às infecções, dentre outros problemas. Nestas dis-

---

[5] Segundo Krieger (2000), os tipos dominantes de discriminação tem por base a origem racial/étnica, o gênero, a sexualidade, a idade, a classe social e os tipos de deficiência *(disability)*.

[6] A temática saúde dos povos indígenas não será abordada no presente trabalho, mas os artigos da terceira parte desta coletânea permitem um aprofundamento, no campo da saúde reprodutiva, sobre as iniciativas, as especificidades e os problemas na implementação de políticas públicas de saúde voltadas para os grupos indígenas no contexto brasileiro.

[7] Salienta-se a expressiva contribuição de mulheres negras, pertencentes ao movimento feminista, no atual debate sobre raça/etnia e saúde no Brasil.

cussões, são mencionadas as repercussões do racismo na produção das desigualdades em saúde e a relevância da caracterização de doenças étnicas/raciais, em termos dos fatores genéticos e/ou socioeconômicos (Barbosa, 1998; Oliveira, 1999; Olinto & Olinto, 2000; Jornal da Redesaúde, 2001).

Dentro desta perspectiva, há proposições no sentido da criação de um campo de pesquisa e de intervenção voltado para a saúde da população negra, como a sugestão de conscientização de profissionais da saúde no preenchimento e na análise do 'quesito cor' na identificação dos indivíduos nos serviços de assistência. Tal encaminhamento visa à construção de um diagnóstico mais realista da qualidade de vida da população de acordo com a sua origem étnica/racial. No Relatório da Pré-Conferência Cultura e Saúde da População Negra — preparatório da Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em 2001, sob os auspícios da ONU —, há uma série de ações nesta direção, tais como: a inclusão do quesito cor em todos os sistemas de saúde; a recomendação da representatividade da etnia na composição dos conselhos de saúde; o desenvolvimento de políticas educacionais em saúde da mulher negra; a produção de material informativo e campanhas midiáticas que considerem as questões étnica, social e de gênero; a formação de grupo intersetorial de especialistas em saúde da população negra, dentre outras (Jornal da Redesaude, 2000; Ver ainda texto de Fátima Oliveira nesta coletânea).

Convergente com a formulação de um campo de pesquisa e de intervenção voltado para a saúde da população negra, o documento Política Nacional de Saúde da População Negra (Pnud & Opas, 2001:6-7) destaca que a universalidade dos serviços, garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não é suficiente para "assegurar a equidade (...) ao subestimar as necessidades de grupos populacionais específicos", colaborando para o agravo "das condições sanitárias de afro-brasileiros". O referido documento descreve a classificação dos agravos mais freqüentes na população negra[8] no Brasil e apresenta recomendações para uma política nacional focada na saúde da população negra, centrada na produção de conhecimento científico, na capacitação de profissionais da saúde, na divulgação de informações para a população e na atenção à saúde, que contemplam, em grande parte, as propostas descritas previamente.

[8] Os agravos foram classificados segundo quatros categorias: 1) geneticamente determinadas; 2) adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis; 3) de evolução agravada ou tratamento dificultado; 4) condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas.

Problemas e desafios

Os pressupostos que apóiam a afirmação de um campo de intervenção centrado na saúde da população negra no Brasil não incorporam indagações importantes, presentes na produção acadêmica norte-americana, como a problematização da imprecisão e polissemia das categorias raça e origem étnica nas investigações na área da saúde. Bhopal (1997), por exemplo, salienta que embora os conceitos de raça e etnia sejam difíceis de ser definidos, tais categorias têm sido utilizadas nos estudos sobre a saúde de imigrantes e grupos étnico-raciais. O autor assinala os possíveis prejuízos para a atenção à saúde de tais grupos, decorrentes da ênfase nos aspectos negativos dos agravos dos mesmos, destacando a relevância de se reconhecer e corrigir seus problemas para não reeditar as distorções ocorridas no século XIX, associadas à afirmação da noção de inferioridade racial.

A falta de consistência conceitual dos termos raça e etnia nas pesquisas em saúde pública também foram identificadas por Ahdieh & Hahn (1996). Por meio da análise dos artigos publicados no *American Journal of Public Health*, no período de 1980 a 1989, os autores concluíram que as categorias 'raça', etnicidade e origem nacional raramente são baseadas numa definição clara e explícita. Apenas 8,4% dos artigos que citam tais categorias incluem a definição dos termos. Há casos em que o uso dos termos raça e etnia é alternado ou combinado (etnia/raça). Vários artigos fazem menção a populações específicas sem identificar o critério de avaliação para inclusão de tal membro na referida categoria. Diante do restrito consenso na comunidade científica e no sistema federal de estatísticas em saúde sobre o significado dos conceitos de raça e etnia, a ausência de definições sobre tais conceitos nas investigações em saúde torna problemáticos os resultados de pesquisas neste campo (Ahdieh & Hahn, 1996).

Dentro de um eixo de análise similar, Ellison & De Wet (1997) avaliam o uso da categoria raça nos artigos do *South African Medical Journal*, publicados no período de 1992 a 1996. Os autores assinalam a presença de modelos genéricos de tradicionais taxonomias raciais que reforçam a percepção da existência de diversas 'raças'. Embora a maioria dos artigos não explique as diferenças raciais na saúde, os resultados são interpretados como evidências de traços genéticos ou variações comportamentais. Salienta-se que o uso da categoria 'raça' é inevitável nas pesquisas de saúde, principalmente na análise do racismo, mas é preciso não legitimar o conceito biológico de 'raça', produzir inferências incorretas sobre as causas das disparidades 'raciais' na saúde e reforçar o preconceito racial.

Em outro artigo, Bhopal & Donaldson (1998) argumentam que a terminologia usada em estudos comparativos em saúde de minorias raciais e étnicas não tem incluído uma definição do termo branco ou caucasiano. Os grupos minoritários tendem a ser comparados com a população branca, caucasiana, européia, ocidental, indígena ou nativa, sem que se especifique a heterogeneidade dessas populações. Os autores alegam que a descrição detalhada das características de cada população (ex.: ancestralidade, origem geográfica, local de nascimento, língua, religião, histórico de migração) é fundamental para a definição de categorias mais adequadas nas pesquisas sobre grupos étnico-raciais.

A complexidade deste tema também pode ser exemplificada pelas discussões acerca da consistência dos sistemas de classificação dos grupos étnico-raciais nas estatísticas populacionais. No caso norte-americano, segundo análise de Williams (1999) sobre pesquisas de base populacional, há problemas na classificação étnica/racial, a saber: a discrepância entre a definição de raça dada pelo entrevistador e pelo respondente, a inconsistência de dados ao longo dos anos, a dificuldade de se definir a raça quando os pais têm status étnico-racial diferenciado, dentre outros. Tais variações são expressivas quando se leva em conta que a classificação de raça/origem étnica nos Estados Unidos se orienta pelo conceito de ancestralidade e pelo modelo bipolar (branco e negro), enquanto na sociedade brasileira a classificação é informada pela aparência física (fenótipo) e por fatores socioeconômicos, operando em um amplo contínuo de cor. O padrão classificatório no Brasil é freqüentemente caracterizado pela fluidez (indeterminação, subjetividade e dependência contextual) em sua aplicação (Silva, 1994).

A declaração de Berquó, membro do Comitê Consultivo do censo de 1991 e de 2000, é ilustrativa:

> A cor é sempre uma questão que preocupa muito porque, qualquer que seja a forma em que é perguntado no censo, ela nunca satisfaz, porque uma hora é etnia, uma hora é cor. Então, no final, acaba ficando o quesito cor. Este ano também houve uma tentativa de se referir não à cor, mas à origem, para que se pudesse denominar os brasileiros afrodescendentes, que é a forma como a população negra organizada hoje quer ser chamada. Para tanto, introduziu-se em um censo piloto a questão da origem, referindo-se a ela como 'ascendência'. (...) Mas aí foi muito difícil, porque a grande maioria da população com baixa escolaridade confundia ascendência com descendência; tivemos então que eliminar esta expressão. Então se colocou origem, mas a questão da origem é complicada, porque todo mundo pensa: 'minha

origem é brasileira', o que não deixa de ser verdade. Na minha opinião, temos que fazer pesquisas menores, mais aprofundadas, para encaminhar a questão da cor (...) conduzidas antes do processo final de elaboração do censo, pois com toda a problemática que envolve sua preparação (...) é sempre difícil trabalhar mudanças. Conclusão: O censo 2000 continuou usando a mesma classificação, com a auto-identificação como branco, preto, pardo, amarelo e indígena. (Jornal Redesaude, 2001:8-9)

A atualidade deste debate pode ser exemplificada pelo artigo de Sondik et al (2000) acerca das possíveis implicações para as políticas e as pesquisas em saúde pública, decorrentes das mudanças no sistema de classificação étnico-racial utilizadas no censo de 2000 nos Estados Unidos, que inclui quatro categorias raciais (asiático ou nativo das ilhas do Pacífico, branco, índio americano ou nativo do Alasca e negro) e duas categorias étnicas (hispânico e não-hispânico),[9] sendo permitido a classificação em mais de um grupo étnico-racial (*multiple race reporting*). Alega-se ser necessário investigar se existe alguma especificidade ou motivação entre o grupo de pessoas que optam pela classificação multirracial no censo. Diante das diversas mudanças no sistema norte-americano de classificação étnico-racial ao longo dos anos, também são feitas indagações quanto à viabilidade de se realizar análises comparativas.

As recentes descobertas no campo da genética, particularmente aquelas sobre a decodificação do código genético humano, confirmam que, do ponto de vista das ciências biológicas, o conceito de raça não existe, visto que negros, brancos e asiáticos diferem tanto entre si quanto dentro de suas próprias etnias. Isto significa dizer que todos os seres humanos são da mesma espécie, independentemente da aparência.

Em conformidade com os argumentos descritos, depreende-se a recorrência das críticas em relação à atribuição do fator genético na compreensão das diferenças nas freqüências de doenças multifatoriais entre grupos étnico-raciais. Considera-se que as relações entre etnia/raça e saúde devem ser entendidas a partir de fatores econômicos, históricos e socioculturais, incluindo os efeitos do preconceito étnico-racial na definição dos agravos à saúde. Tal

[9] A partir de 10 de janeiro de 2003, todas as pesquisas do *U.S. Census Bureau* devem seguir as novas diretrizes para a descrição de dados sobre raça e etnicidade, que incluem cinco categorias raciais (asiático, branco, índio americano ou nativo do Alasca, nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico e negro ou africano-americano) e duas opções para etnicidade (hispânico ou latino ou não-hispânico ou latino).

perspectiva deve levar em conta as evidências sobre a falta de clareza e consistência conceitual dos termos raça, etnia e etnicidade na produção científica em saúde pública e as dimensões histórica e sociocultural dos referidos termos. Quer dizer, diante da polissemia desses termos, vale salientar a pertinência de se explicitar qual a concepção que está sendo utilizada na pesquisa.

Considero que os argumentos apresentados no presente trabalho apóiam a interpretação da dimensão subjetiva e social da concepção de raça e etnia, em detrimento do paradigma biológico. Resta o desafio de construir uma abordagem interdisciplinar, capaz de contemplar as várias dimensões deste complexo e dinâmico tema na compreensão das desigualdades sociais, em geral, e da saúde, em particular. Tendo em vista a especificidade das relações raciais de cada sociedade, convém pensar em que medida as experiências internacionais podem iluminar o percurso brasileiro neste campo. Diante das controvérsias em torno da viabilidade e pertinência de se adotar políticas públicas racializadas no Brasil — tratadas por Souza (1997); Fry (2000) e Almeida et al (2002) —, a resposta a esta questão ainda está para ser construída.

Admitir que a discriminação étnico-racial tem efeitos negativos para a saúde da população negra e indígena não implica, necessariamente, a existência de um consenso sobre quais os melhores meios para se enfrentar esta problemática. Por meio das análises aqui apresentadas, objetivo chamar a atenção para a complexidade deste assunto e para a contribuição dos estudos dos diversos campos disciplinares, em particular das ciências sociais e da saúde, na compreensão das relações entre etnia/raça e saúde.

Por fim, cabe ressaltar que as críticas relativas à vinculação entre determinantes genéticos e enfermidades de grupos étnico-raciais e os questionamentos decorrentes da polissemia dos conceitos de raça e etnia não devem estar dissociadas de uma reflexão sobre as implicações do fenômeno do racismo, como princípio classificatório e fator estruturante da estratificação social, para compreensão das iniqüidades na área da saúde. Neste sentido, compreende-se que é pertinente ampliar as investigações no campo da saúde com recorte étnico-racial no Brasil e encontrar respostas para os problemas identificados.

Referências bibliográficas

AHDIEH L. & HAHN R. A. Use of the terms 'race', 'ethnicity', and 'national origins': a review of articles in the American Journal of Public Health, 1980-1989. *Ethn Health*, 1(1):95-98, mar. 1996.

ALMEIDA, A.; YOUNG, C. & PINTO, A. Qual a cor do brasileiro? *Insight Inteligência*, V, (17):30-39, 2002.

ANAND S. S. Using ethnicity as a classification variable in health research: perpetuating the myth of biological determinism, serving socio-political agendas, or making valuable contributions to medical sciences? *Ethnicity & Health*, 4(4):241-244, nov. 1999.

BARBOSA, M. I. *Racismo e Saúde*, 1998. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

BHOPAL, R. Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science? *BMJ*, 314 (7.096):1.751-1.756, 14 jun. 1997.

BHOPAL, R. & DONALDSON, L. White, european, western, caucasian, or what? Inappropriate labeling in research on race, ethnicity, and health. *American Journal of Public Health*, 88(9):1.303-1.307, sep. 1998.

CASHMORE, E. *Dicionário de Relações Étnicas e Raciais*. São Paulo: Selo Negro, 2000.

CALDWELL, K. Fronteiras da diferença: raça e mulher no Brasil. *Estudos Feministas*, 8, (2):91-108, 2000.

COOPER, L. A.; HILL, M. N. & POWE, N. R. Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. *Journal of General Internal Medicine*, (17):477-486, 2002.

COOPER, R. & ROTIMI, C. Hypertension in blacks. *American Journal Hypertens*, 10(7 Pt 1):804-812, jul. 1997.

ELLISON, G. T. & DE WET, T. The use of 'racial' categories in contemporary South African health research: a survey of articles published in the South African Medical Journal between 1992 and 1996. *South Africa Medical Journal*, 87(12): 1671-9, dec. 1997.

FISCELLA, K. et al. Inequality in quality: adressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *The Journal of the American Medical Association*, 283(19):2.579-2.584, 2000.

FRY, P. Politics, nationality and the meanings of race in Brazil. *Daedalus (Journal of the American Academic of Arts and Science)*, 129(2):83-118, 2000.

GERONIMUS, A. To mitigate, resist, or undo: addressing structural influences on health of urban populations. *American Journal of Public Health*, 90(6):867-872, 2000.

JORNAL DA REDESAUDE. *Encarte Saúde da Mulher Negra: Pré-Conferência Cultura & Saúde da População Negra*, (22), nov. 2000.

JORNAL DA REDESAUDE. *Conferência Mundial contra o Racismo e Raça/Etnia, Saúde e Direitos Reprodutivos*, (23), mar. 2001.

KRIEGER, N. Discrimination and health. In: BERKMAN, L. & KAWACHI, I. (Eds.) *Social Epidemiology*. Oxford: University Press, 2000.

LOPES, A. Significado de raça em pesquisas médicas e epidemiológicas. In: BARATA, R. et al (Orgs.) *Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*. São Paulo, Rio de Janeiro: Abrasco, Fiocruz, 1997.

MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (Orgs.) *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Cultural Banco do Brasil, 1996.

MCDERMOTT, R. Ethics, epidemiology and the thrifty gene: biological determinism as a health hazard. *Social Science Medicine*, 47(9):1.189-1.195, nov. 1998.

OLIVEIRA, F. O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva. In: GIFFIN K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

OLINTO, M. T. & OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16:1.137-1.142, 2000.

PNUD & OPAS. *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*, 2001.

SAMANN, R. A. The influences of race, ethnicity, and poverty on the mental health of children. *Journal of Health Care Poor Underserved*, 11(1):100-110, feb. 2000. Review.

SILVA, N. V. Uma nota sobre "raça social" no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos*, 26:67-80, 1994.

SONDIK, E. J. et al. Race/ethnicity and the 2000 census: implications for public health. *American Journal of Public Health*, 90(11):1.709-1.713, 2000.

SOUZA, J. (Org.) *Multiculturalismo e Racismo: uma comparação Brasil — Estados Unidos*. Brasília: Paralelo 15, 1997.

WILLIAMS, D. R. Race and health: basic questions, emerging directions. *Annual Epidemiology*, 7(5):322-333, jul. 1997.

WILLIAMS, D. R. The monitoring of racial/ethnic status in the USA: data quality issues. *Ethnicity & Health*, 4(3):121-137, aug. 1999.

3

'RAÇA', ETNICIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA: O CASO AFRO-LATINO-AMERICANO

Livio Sansone

Já é possível assumir que a vivência de questões relacionadas à saúde reprodutiva e ao tipo e à qualidade dos direitos sobre a saúde reprodutiva é fortemente influenciada pela 'raça', origem étnica e/ou classe social. Sabemos, ademais, que etnicidade, racialização, gênero e sexualidade estão relacionados. Por outro lado, a forma pela qual esta conexão funciona no dia-a-dia ainda continua bastante inexplorada e, o mais importante, pouquíssimas intervenções se concentram nesta interconectividade.

Neste texto, primeiro, esboço esta interconectividade em vários países e regiões que foram estrategicamente selecionados, porque cada um representa de maneira específica uma situação de tensão particular, que frustra muitas das regularidades da intervenção social e da pesquisa.[1] São regiões que apresentam tensões extremas e também antecipam o que pode acontecer no resto da América Latina, pois são simplesmente regiões que foram mais intensamente expostas à globalização.[2] O Brasil continuará a ser o meu referencial, a lente através da qual tentei observar outros lugares.

A condição étnico-racial, a condição de classe baixa e a condição de juventude foram visadas em todos os lugares visitados, e definem o contexto mais

---

1 Este texto é o resultado de uma pesquisa exploratória em forma de consultoria para o escritório da Fundação Ford do Rio de Janeiro. A pesquisa foi realizada durante um mês, em 2000, com o objetivo de sugerir direcionamentos para novos terrenos e abordagens no campo da saúde reprodutiva, através de uma nova leitura das questões da saúde reprodutiva, tendo-se em mente novas formas de identidade étnica dos jovens de classes baixas em vários países latino-americanos. Apesar de se concentrar na população de descendência africana, ele também contém referências à revivescência étnica entre os jovens das populações indígenas nativas.

2 Trata-se, ademais, de países de interesse dos três escritórios da Fundação Ford na América Latina — Rio de Janeiro, Cidade do México e Santiago.

amplo da saúde reprodutiva. Jovens de classe baixa de origem africana ou indígena, apesar de não necessariamente se encontrarem sempre na posição de vítimas, parecem formar um grupo central na exposição das falhas na prática geral, aberta e livre dos direitos sobre a saúde reprodutiva.

Depois de esboçar os métodos, detalho como as populações de origem negra ou indígena e as suas identidades étnicas foram conceituadas na América Latina. A seguir, descrevo o contexto das tensões étnicas nos lugares visitados, tentando mostrar como algumas novas dinâmicas em torno da identidade étnica ressaltam mudanças profundas no contexto dentro do qual se vivencia a saúde reprodutiva e se reclama o direito a esta saúde. A seção final aborda os fatores fundamentais que caracterizam a mudança na vivência da sexualidade, saúde reprodutiva e identidade étnica.

Tive apenas três semanas para visitar os três países. É claro, precisei aproveitar este tempo da melhor maneira possível: fazendo contato com organizações políticas, ONGs, estudiosos do meio acadêmico e (possíveis) donatários, mas também explorando várias regiões com um histórico diferente da situação brasileira em termos de conflitos étnicos e intervenção no campo de direitos étnico-humanos. Dividi o meu tempo entre capitais nacionais (Cidade do México, Manágua e Bogotá) e cidades e regiões específicas. Nas primeiras, entrevistei pessoas em órgãos governamentais, entidades coordenadoras de ONGs e organizações nacionais de minorias étnicas. As últimas foram escolhidas para a obtenção das primeiras impressões sobre os problemas sociais em questão. As informações foram coletadas através de uma variedade de métodos: questionários abertos, conversas mais informais, discussões em grupo, relação de documentos escritos e estatísticas, e uma boa dose de observações participativas intensivas, porém curtas, visitando comunidades e projetos.

O mapeamento da população afro-latina e o 'problema étnico'

A determinação do tamanho e da composição sociodemográfica de uma população específica é importante ao se adotarem medidas voltadas para necessidades específicas desta população. No caso das pessoas de descendência africana na América Latina, isto é um grande problema. Dos quatro países considerados por este trabalho, apenas o Brasil coleta sistematicamente dados sobre 'cor' e 'raça' no censo nacional e em alguns levantamentos de grande escala de amostras realizados em todo o país — Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED).

O censo mexicano conta o número de pessoas capazes de falar um idioma indígena; a Colômbia possui apenas estimativas da população total de negros e mulatos, apesar de, nos últimos anos em várias regiões, pesquisas e projeções demográficas mais cuidadosas terem começado a ser realizadas; o censo da Nicarágua pede que as pessoas nas duas regiões da Costa Atlântica se identifiquem entre os grupos étnicos oficialmente reconhecidos (*mestizo, creole, miskito, garifuna* e *sumo-mayagna*); no Brasil, o entrevistador pede que as pessoas selecionem um único termo entre os três oficiais para a cor (preto, pardo e branco) e os dois termos de cunho etno-cultural (indígena e amarelo).

Os métodos através dos quais os dados são coletados não apenas recebem críticas muito freqüentemente a partir de pontos de vista diferentes — líderes étnicos, pesquisadores sociais, líderes religiosos, políticos e imprensa popular — como também mostram-se muito difíceis de serem comparados internacionalmente. O que é negro na Nicarágua pode ser algo diferente na Colômbia; o que é pardo no Brasil pode ser *creole* na Nicarágua. No Brasil, no México e na Colômbia, vários pesquisadores disseram que o sistema de classificação racial é muito mais complexo do que o retratado nas estatísticas oficiais. Termos raciais e étnicos geralmente são usados de acordo com a situação; a mesma pessoa pode ter, segundo o lugar, cores diferentes.

A fluidez na terminologia racial e étnica, que é típica da América Latina e também de outras partes do mundo com uma incidência de casamentos inter-raciais (mestiçagem), é claro, não significa que esta terminologia não esteja refletindo hierarquia e domínio. Para os fins deste artigo, é útil, de qualquer maneira, dar uma visão geral do número de pessoas de descendência africana nos países latino-americanos — levando-se em consideração que reportamos a estimativas que resultam de várias perspectivas ou dados que são coletados de acordo com métodos diferentes (ver Whitten & Torres, 1995). As cifras produzidas por ativistas negros tendem a ser (muito) mais altas que as das estatísticas.[3]

Dois comentários básicos devem ser feitos aqui. Primeiro, ser 'negro' não corresponde à mesma posição social em todas as sociedades — mesmo que na maioria das sociedades os traços negróides tendam a se concentrar nas classes mais baixas. Os negros nem sempre são os menos favorecidos nem os perdedo-

[3] O tamanho das populações definidas como negras varia muito na América Latina. Comparando estimativas produzidas por fontes diferentes, temos uma população que representa cerca de 47% no Brasil (se somamos pretos e pardos); entre 14 e 43%, na Colômbia; entre 5 e 10%, no Equador; entre 9 e 70%, na Venezuela; entre 6 e 10%, no Peru; e entre 34 e 62%, em Cuba. Para um quadro mais geral destas estimativas para toda a região, ver Minority Rights Group (1995).

res. As histórias recentes do México e da Nicarágua aparecem, neste sentido, diferentes das do Brasil e da Colômbia — onde há uma tendência na qual os negros são mais expressivamente representados entre os menos privilegiados. Segundo, a existência de pessoas com aparência fisicamente 'diferente' não resulta, necessariamente, em um problema racial ou étnico: o que configura um problema étnico é a sua projeção na história política de um país ou uma região. Em outras palavras, a identidade étnica e/ou racial é mobilizada apenas em certas circunstâncias. Ser de descendência africana, pobre e até mesmo sofrer discriminação, por si, não é o suficiente para que um negro reivindique algum tipo de identidade negra. Isto é óbvio no mundo latino-americano, onde a identidade negra tende a ser mais episódica do que um fator político e eleitoral constante.

É claro, a negritude e a brancura não são entidades determinadas, mas sim construções que podem variar em espaço e tempo, e de um contexto para o outro. O poder de definição de uma diferença étnico-racial — por exemplo, 'negritude' como o oposto de 'brancura' — depende muito do fato de que ela funciona tanto interna quanto externamente. Na verdade, na América Latina, a maioria das definições de negritude usadas pelos acadêmicos e também pelas agências da sociedade política funciona principalmente de maneira externa. O que é 'negro' para uma pessoa de fora não significa necessariamente a mesma coisa para uma pessoa de dentro, e vice-versa.

Em relação à fluidez e à relatividade da lógica interna de um sistema de relações raciais, estudiosos do meio acadêmico, fundações e ONGs tendem a justapor uma linguagem polarizada (negro-branco), que nem sempre leva a uma melhor compreensão das dinâmicas geralmente sutis da discriminação racial e da grande variedade de possíveis formas de resistência individual ou coletiva contra o racismo. Insisto que seria melhor usar uma abordagem menos teórica e mais prática da identidade negra — relatando todas as formas possíveis através das quais ela aparece, em vez de focalizar apenas as novas que se enquadram na nossa abordagem teórica. Nos casos seguintes, veremos o quanto as linhas étnicas e raciais em transformação podem ser diversificadas, e o quanto a identidade étnica e a racialização fazem parte de um processo geral de redefinição de identidades sociais e da posição do indivíduo na sociedade.

Quatro casos: uma visão a partir do Brasil

Durante as últimas duas décadas, chamar a atenção para a ligação entre a saúde reprodutiva e 'raça' tem sido uma das iniciativas fundamentais do movimento negro brasileiro. As iniciativas vêm se concentrando em três aspec-

tos: esterilização seletiva e controle da natalidade de forma mais geral, violência (da polícia) e os efeitos da mestiçagem.[4] Estes aspectos são entrelaçados, porque estão relacionados à questão dos números e da demografia — já que severamente limitariam o crescimento da parcela de negros na população do Brasil.

A questão da esterilização como parte de um debate mais geral sobre a saúde reprodutiva criou uma divisão entre organizações negras e brancas nos movimentos feministas (ver Pinto, 1998 e outras contribuições ao livro editado por Werneck, 2000). Em termos gerais, as feministas negras tendem a ser mais conscientes e cautelosas em relação às políticas e medidas oficiais voltadas para o controle da natalidade. Esta pluralidade de posições, insistem as vozes feministas negras, nem sempre é reconhecida nas declarações e publicações feministas mais notórias — que, ao contrário, tendem a sugerir a unidade da condição feminina. Um quarto aspecto, que diz respeito à questão mais geral da saúde, é a possibilidade de uma freqüência maior de certas doenças causadas por fatores genéticos na população negra, sendo a anemia falciforme mencionada com mais freqüência.

Sem questionar a centralidade de todos estes aspectos, que de fato têm uma importância em termos da composição futura da população negra, e sem querer discutir detalhadamente aqui as suas interpretações controvertidas — que vão desde um plano centralizado para exterminar a seção mais escura da população até explicações que enfatizam questões sociais e não raciais —, gostaria de chamar a atenção para a escassez de pesquisas e de ações relacionadas a um número de fatores fundamentais da saúde reprodutiva com conseqüências importantes para a composição demográfica da população negra, como também para a vida cotidiana. Por exemplo, 1) a construção da brancura e da negritude; 2) a possibilidade que existam formas de estrutura familiar específicas da população negra; 3) a forma pela qual a 'raça' afeta as relações de gênero, sexualidade e padrões de casamento entre os jovens; 4) o desenvolvimento do chamado grupo de homens em condições de casamento — a 'cesta dos parceiros'; 5) as práticas e as políticas em torno da produção e reconstrução do corpo — plástica, manipulação do cabelo (negro), uso de hormônio e medicamento para emagrecer etc.

---

[4] Tradicionalmente, dentro do ativismo negro no Brasil e em outros países, há vozes que definem a mestiçagem como uma estratégia consciente para aniquilar a raça negra, como parte de medidas racistas e malthusianas (Nascimento, 1978).

Estes temas não têm recebido muita atenção, apesar de serem essenciais em outros países com grandes populações negras, de penetrarem a mídia e a opinião pública, e de terem sido debatidos com freqüência no Brasil no passado.[5] Ou seja, no Brasil, até agora, no trabalho de ativistas negros e pesquisadores, a conexão entre saúde reprodutiva e condição racial vem sendo buscada em um nível relativamente alto de abstração, ao mesmo tempo em que não se tenta fazer isto em um nível que a tornaria mais perceptível para a grande maioria da população.

Nas três seções seguintes, veremos como a ligação entre saúde reprodutiva, sexualidade, 'raça' e etnicidade é percebida nos lugares que visitei.

México

Em princípio, minha pesquisa tinha o objetivo de tratar apenas das populações de descendência africana. Quanto a isto, tinha decidido que enfocaria três países: o Brasil, mais os dois países com a maior população negra estimada na população nacional total, a ser encontrada na área de intervenção de dois escritórios regionais da Fundação Ford na Cidade do México (América Central) e em Santiago (América do Sul de língua espanhola). Estes dois países eram a Nicarágua e a Colômbia — sobre os quais tinha tentado ler, mas que sempre desejara conhecer melhor. No entanto, percebi que seria uma pena não incluir o México neste esforço comparativo. Afinal, o México é a segunda maior economia na América Latina e, no campo da sociologia e da antropolo-

---

[5] A 'origem' de várias estruturações familiares encontradas com freqüência em comunidades negras de classe baixa no Novo Mundo (principalmente, a incidência relativamente alta de lares onde o provedor é uma mulher), seja como resultado de uma tradição africana ou da ruptura que veio com a escravidão, encontrava-se na fonte de uma famosa questão polêmica entre Franklin Frazier e Melville Herskovits. Os dois discutiam com base em um estudo de campo realizado em Salvador, Bahia, nos anos 1940-1942 (Frazier, 1942; Herskovits, 1943). Nos Estados Unidos e em outros países, o debate sobre a possível existência de formas específicas de 'famílias negras' na maioria das vezes tem ocorrido dentro da estrutura e da cultura do Estado da Previdência Social (ou o que sobrou dele), e tem acompanhado a naturalização e racialização da mãe solteira, do pai que aprende sobre a vida na rua e da gravidez da adolescente. No Brasil e na América Latina em geral, possivelmente devido à falta de intervenção do Estado na pobreza e à ausência de um sistema previdenciário articulado, este processo de estigmatização da população negra como 'pobres não merecedores' não tem ocorrido tanto. Esta diferença em relação a países com um (passado de) sistema de Previdência Social deve ser levada em consideração ao se fazer uma comparação internacional.

gia, vem mantendo contatos relativamente freqüentes com o Brasil — embora este intercâmbio tenha diminuído durante a última década.[6] Acima de tudo, há outras boas razões para a comparação com o Brasil, como a proximidade do México dos Estados Unidos, a variedade étnica, a tradição de uma presença relativamente forte do Estado na administração de tensões e identidades étnicas, uma forte tradição em termos de pesquisa das relações e tensões interétnicas (os estudos étnicos) e o papel central da antropologia na construção de um discurso nacional sobre 'raça' e *mexicanidad* (dois marcos neste processo são o Museu Nacional de Antropologia e o Museu de Cultura Popular).

O México poderia ter sido incorporado ao projeto enfocando-se a sua *tercera raiz:* a influência das pessoas de descendência africana na história, cultura e 'raça' mexicanas — sendo a primeira raiz, a indígena nativa, e a segunda, a ibérica. Isto é bastante reconhecido na pesquisa histórica (Beltran 1956). Uma pesquisa minuciosa também detectaria uma variedade interessante de mestiçagens e de relações raciais nos estados de Guerrero e Vera Cruz, onde os traços físicos de descendência africana são mais facilmente percebidos em uma parte considerável da população.[7]

No entanto, hoje, no México, o debate sobre etnicidade — em vez de girar em torno da aceitação de uma presença africana importante na textura da sociedade mexicana — gira em torno da questão da autonomia política e das medidas para a proteção das culturas indígenas na educação e nos serviços públicos.[8] Apesar de tensões e mesmo rebeliões armadas ou guerrilhas de um tipo ou de outro serem encontradas em vários estados mexicanos, a situa-

---

[6] Podemos lembrar de pelo menos três exemplos de parcerias importantes entre cientistas sociais mexicanos e brasileiros em períodos diferentes do estudo sobre raça e relações interétnicas: Gilberto Freyre e Aguirre Beltran (e Vasconcelos, embora de maneira indireta), Guillermo Bonfill e Darcy Ribeiro, Roberto Cardoso de Oliveira e Rodolfo Stavenhagen (ver Bartolomé & Barabas, 1998).

[7] Durante as últimas duas ou três décadas, alguns estudiosos — sobretudo Luz María Montiel — têm se dedicado a trazer à luz a contribuição africana. Estes esforços têm sido ampliados por um número de eventos especiais organizados pelo Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), pela organização de várias exposições (uma também foi exibida no Museu Smithsonian) e até mesmo pela abertura de um pequeno museu dedicado à *tercera raiz*.

[8] Na verdade, quando sugeri a Pablo Farias que Vera Cruz fosse incluído em um possível projeto comparativo no campo de direitos humanos, etnicidade e saúde reprodutiva, ele me disse que "não precisamos inventar o 'problema' da herança africana na nossa sociedade para você incorporar o México no seu projeto. Por que não incluir a questão polêmica que tem sido enfocada no debate sobre a diversidade étnica no México: a situação em Chiapas?".

ção em Chiapas durante os últimos cinco ou seis anos exige uma atenção especial. Chiapas é, por assim dizer, um importante laboratório para a definição das formas através das quais o México desenvolverá as suas futuras políticas e práticas em termos de diversidade cultural e étnica, e também em termos de incorporação de grupos socialmente marginais na economia dominante.

Chiapas é um estado bastante pequeno da federação, com cerca de 3 milhões de habitantes em 1990. É o quarto maior estado — depois de Yucatan, Oaxaca e Quintana Roo — com parcela da população considerada indígena[9]. Segundo o censo de 1990, no estado de Chiapas, 26,42% da população eram indígenas, sendo, porém, mais de 80% na região que constitui a Diocese de San Cristobal de las Casas (Harvey, 2000). A percentagem de indígenas mudou de maneira um pouco estranha: de 22,12% em 1979 para 27,73% em 1980, e 26,42% em 1990. Esta variação ainda precisa ser explicada. Para alguns, ela estaria relacionada à taxa de natalidade — muitas vezes tida como mais baixa na população indígena do que no resto da população. Para outros, dependeria de contingências políticas em transformação que podem afetar a forma pela qual as pessoas se apresentam. Outras opiniões diriam que esta variação ainda depende da metodologia do censo. Ou um pouco de cada um destes três fatores?

É claro aqui, como em outras áreas de tensão étnica, que a contagem étnica geralmente responde a escolhas políticas. Minorias étnicas normalmente alegam representar um número (muito) maior do que as estatísticas oficiais. Também poderia se dizer que as pessoas que não são fluentes em um idioma indígena podem se considerar, e podem realmente ser vistas por outros, como sendo indígenas.[10] De fato, a rebelião zapatista e as suas conseqüências mostraram o que a mudança na identificação com o indígena nativo e na auto-identificação étnica pode fazer. A rebelião criou novas divisões e novas alianças tanto na população nacional como em Chiapas. Muitos habitantes urbanos de diferentes classes sociais simpatizavam com as exigências do Exército Zapatista de Liberação Nacional (EZLN), enquanto muitas pessoas que se consideravam indígenas simpatizavam com os clamores naciona-

[9] O Censo General de la Poblacion y Vivienda considera indígenas os indivíduos com mais de cinco anos de idade que declaram fluência em um dos idiomas indígenas (Peréz Ruiz, 1994).

[10] O censo das décadas de 1930 e 1940 também investigou hábitos alimentares e o uso de certas vestimentas como parte dos esforços em identificar quem poderia ser contado como indígena — nesta época, ainda mais do que hoje, definido como um *status* em contraste básico à 'modernidade'.

listas do governo do Partido Revolucionário Institucional (PRI) e do *establishment*, ou simplesmente não foram capazes de se identificar com a nova e jovem liderança do EZLN.

Quando estava em Chiapas, todas as pessoas que entrevistei me disseram que a situação tinha chegado a um impasse: a negociação tinha sido paralisada tanto pelo Estado quanto pelo EZLN. A presença de um exército de 90 mil componentes estava ali para ficar até uma segunda ordem; havia também muitos grupos armados e paramilitares a serem levados à mesa de negociação; a comunidade estava dividida segundo linhas religiosas (sendo a divisão principal entre pentecostais e católicos, mas havia também divisões entre os católicos de tendências 'progressistas' e 'conservadoras'). Ou seja, a situação era extremamente complexa e qualquer análise exigiria um bom nível de sofisticação. Contei com vários estudos[11] e com minhas entrevistas — nas quais insisti na condição da juventude e na saúde reprodutiva.

O pessoal de Sná Stzibajom (Casa de Escritor Indígena) me descreveu a forma pela qual um grupo de jovens locais instruídos tinha evoluído a partir da posição de informantes para pesquisas antropológicas e lingüísticas, grupo este que muito tinha contribuído para o longo ciclo de pesquisas patrocinadas pela Universidade de Harvard e pelo Instituto Smithsonian, que durou de 1942 a 1982, e enfocava as 'tradições maias'. Estes jovens tinham se tornado agentes étnicos que se beneficiavam do *status* que as línguas nativas tinham conquistado através da sua reconstrução como línguas escritas feita pelos cientistas. A liderança atual da ONG é formada pelos filhos e filhas daquela geração de informantes fundamentais para os estudiosos de Harvard. Eles me contaram como, através do seu trabalho como escritores e atores, relembram e representam a humilhação e a discriminação sofridas pelos indígenas em Chiapas e na sua capital, San Cristobal. O único interesse que os indígenas despertavam nos fazendeiros e nos *coletos* (a classe média e a elite urbana mestiça) era como mão-de-obra barata com poucos (ou nenhum) direitos.

Eles se sentem satisfeitos em contar como os *coletos* se chocaram com a rebelião de 1994: "Nuestros inditos y cholitos son incapazes de hacer esto!". A rebelião, com a qual estes escritores e atores tanto se identificavam, foi o resultado da convicção de que o protesto pacífico não tinha até então levado a nada; de que o desprezo e o silêncio tinham de ser rompidos. Eles argumentavam:

---

[11] Recorri, entre outros, ao de Neil Harvey (2000) e ao número especial sobre Chiapas da revista *Identities* (v. 3, n. 1-2, 1996), que foi organizado por Daniel Mato.

> *Algo precisava ser feito para se contrapor àquele processo de destruição dos valores da nossa cultura, pois se podia ver, e ainda se pode, que muitos jovens deixavam para trás o campo —* o locus *da identidade indígena mais forte —, como também a língua, os trajes típicos e a carga religiosa. Muitos jovens não vêem nada de positivo na nossa cultura e preferem migrar para os Estados Unidos — onde eventualmente podem acabar redescobrindo a sua cultura original, favorecida pelo ambiente multiétnico de lá. Muitos jovens sentem que ser indígena equivale a ser pobre e isolado. De qualquer forma, todos gostam da música* ranchera *que vem do norte do México,*[12] *como também dos imensos chapéus de estilo texano que gostam de exibir em público quanto têm dinheiro para comprá-los.*

Aparentemente, é apenas no Distrito de Sinacantan, uma área relativamente rica que se beneficiou da agricultura e floricultura intensiva, que os jovens têm orgulho de usar vestimentas indígenas, que eles transformaram em um estilo em desenvolvimento — incorporando pequenas lâmpadas no caro bordado tradicional. Ou seja, modernizaram as vestimentas indígenas e elas entraram na moda. Na verdade, comenta-se que os pequenos empresários rurais de Sinacantan são um bom exemplo de como o orgulho étnico pode caminhar junto ao sucesso econômico. É interessante: os rapazes de Sinacantan são considerados um ótimo partido para moças indígenas, que, de outro modo, preferem se casar com não-indígenas, até como uma maneira de escapar tanto da pobreza como da limitação da sua privacidade imposta pela vida comunitária indígena, onde as relações são extremamente estreitas.

Também fiquei muito impressionado com aquilo que se pode chamar de 'o outro lado da frente zapatista' — a elite ou classe média mestiça ou *ladina* em San Cristobal de las Casas.[13] Este grupo, geralmente chamado de *los coletos*, tradicionalmente se vê como o oposto de tudo o que é indígena — apesar do fato de muitos deles serem de descendência mista, tendo incorporado aos pou-

---

[12] Depois muitas pessoas me disseram que os zapatistas fazem festas de dança impressionantes que duram a noite inteira, com pouquíssima ou nenhuma bebida alcoólica, nas quais basicamente só tocam *rancheras* (a música do norte do México). A música indígena tradicional que comprei em uma loja especializada no centro de San Cristobal fica restrita a um número limitado de eventos e locais associados a 'tradições' ou exibições públicas, como no (bem-cuidado) Museu de Medicina Tradicional.

[13] Neste sentido, é determinante o trabalho do antropólogo peruano Edgar Sulca, no Centro de Estudios México Centro América (Cesmeca).

cos os indígenas e até mesmo alguns afro-mexicanos que ainda não tinham sido detectados na cidade até um século atrás.

Edgard Sulca nos conta como o indígena tem construído a sua própria imagem projetando em si mesmo o que os outros pensam sobre ele. Em San Cristobal, estes outros são muito especiais e ele decidiu estudá-los. Por isso, é muito diferente de alguns antropólogos que tendem a se concentrar nos indígenas e, geralmente, nos mais 'tradicionais' e 'isolados' entre eles. A cidade de San Cristobal é antiga e foi fundada durante o início do período colonial. Chiapas sempre foi o lugar onde o poder político e os sinais de 'modernidade' se concentravam. Sua estrutura altamente hierárquica funcionava com base em um sistema de classificação calcado no cultivo e na manifestação da 'diferença' como forma de expressar domínio. Isto era óbvio na arquitetura da casa colonial, com espaços especiais para os *criollos*, *mestizos* e índios. A passagem de uma casta para a outra era possível, mas difícil e limitada a indivíduos muito especiais.

Isto continuou sem grandes mudanças até a rebelião de 1994, que mostrou de forma bastante repentina que esta hierarquia tinha transformado a cidade no que Sulca definiu com humor como um 'parque social jurássico'. Hoje, esta impressionante polarização *índio-coleto*, que os últimos defenderam veementemente, tornando muito difícil a exibição pública no centro da cidade de qualquer coisa que associassem com indígena, está desmoronando. As divisões de classes estão mais óbvias do que nunca. Por um lado, há o indígena com dinheiro que decide vir e morar na cidade e, por outro, nem todos os *ladinos* querem continuar a ser chamados de *coletos*. No entanto, tanto na cidade quanto no campo, a memória social parece ser mais tenaz do que a realidade. Então, na cidade, as tensões ainda são representadas com freqüência em termos de *indígenas* versus *coletos*, e no campo, em termos de *ganaderos* versus *indígenas*.

Na realidade, na cidade, a maioria dos *coletos* teve que mudar radicalmente a sua objeção *a priori* em relação aos símbolos associados ao indígena, já que a maioria deles está agora envolvida, muitas vezes como empresários, na crescente indústria turística, que se alimenta da 'diferença' exótica do indígena de Chiapas — a maioria dos hotéis e restaurantes exibe símbolos e artefatos indígenas. No campo, muitos (jovens) indígenas agora estão se vestindo e se comportando como os *charros* (os *norteños* ou mesmo a representação *Tex-Mex* dos *cowboys*) — que, para eles, é menos submissa e mais 'moderna' do que a vestimenta indígena tradicional.

Conversei com várias pessoas sobre o EZLN, os zapatistas. Afinal de contas, foi através daquelas imagens e do carisma do subcomandante Marcos, com o seu eterno capuz balaclava, que muitos de nós não-mexicanos ouvimos falar

(ou lemos em *sites* da Internet) sobre Chiapas. É claro, o que é bom e romântico visto de fora pode ser mais complexo e muitas vezes ameaçador, porém muito mais interessante ao ser observado de uma distância menor. Este é um assunto muito delicado em Chiapas. A região está ocupada pelo exército, as tensões ainda são muito fortes em certas partes e mesmo os meus informantes mais críticos têm um certo grau de respeito pelo EZLN. A crítica principal que ouvi é que o EZLN, depois de tudo, não tem deixado que os indígenas se expressem diretamente, sendo eles geralmente representados por *mestizos* ou mesmo por estrangeiros — como ficou claro nas mesas-redondas com o governo em 1999.

A popularidade do EZLN entre certos grupos de estrangeiros estava relacionada a muitos fatores. Certamente, um fator muito importante é que parecia, afinal, que era possível vislumbrar uma revolução 'politicamente limpa e até mesmo correta'. A discreta, porém charmosa, liderança sem rosto fazia parte disto, com *slogans* como 'tudo para todos, nada para nós'. A contenção relativa do uso de violência é um outro fator. Pessoas de fora, no entanto, tendem a ter uma visão romântica da rebelião e a construir os rebeldes como uma imagem invertida do seu próprio estilo de vida (moderno, consumista, poluído etc.). Eu mesmo percebi em várias ocasiões que a rebelião de 1994 — como tinha sido o caso de rebeliões indígenas no passado (Harvey, 2000) — tinha mudado as fronteiras da distinção entre indígena e não-indígena, tornando possível vislumbrar o fato de ser indígena como parte de noções como 'desenvolvimento'.

No entanto, ainda há muito a fazer. A nova (freqüentemente informal) liderança indígena está muito mais consciente da 'arrogância natural' dos *ladinos*, que facilmente tendem a se promover como porta-vozes da causa indígena. A nova liderança também discorda de uma nova estratégia (o silêncio e o afastamento) que vem sendo usada por uma boa parte da população indígena nativa por falta de uma alternativa melhor. Em várias das conversas em grupo que tive, os indígenas costumavam ficar calados enquanto os *ladinos* se expressavam mais verbalmente. Não é apenas uma questão de proficiência lingüística, mas sim de um hábito étnico — o uso de uma tradição que alterna retiradas de longa duração com rebeliões repentinas.

Em se falando de jovens entre os índios, uma das coisas que mais se escuta é que o indígena se torna 'adulto' muito mais cedo do que outros. Ou seja, não haveria uma 'dimensão de juventude' na comunidade indígena, mas sim uma clara divisão entre crianças e adultos. Por outro lado, os jovens indígenas se configuram há décadas como 'problema' devido à alta taxa de evasão escolar. O Instituto Nacional Indigenista (INI) estabeleceu já em 1968 a organiza-

ção de faculdades com dormitórios para jovens, a maioria deles de remotos vilarejos rurais. Em termos gerais, apenas 20% dos alunos destas instituições são meninas. A demanda por este tipo de instituição vem caindo desde a introdução do Progresa — um amplo plano federal de previdência que foi desenvolvido junto a acusações de clientelismo.

Começando na presidência de Zedillo, mudanças importantes têm afetado o ensino médio, introduzindo o ensino a distância e a figura dos *promotores de salud y cultura* saídos de cursos patrocinados pelo INI — estes, porém, já não conseguem mais arranjar empregos relacionados à questão indígena. Acima de tudo, está faltando a ponte entre o ensino médio e o ensino superior. Para o jovem indígena, mesmo para os que são treinados pelo INI, o acesso à universidade é um sonho distante. Estas seriam razões importantes para tantos zapatistas serem jovens. Na verdade, tanto o desenvolvimento do INI — que em 1994 mudou a sua política oficial de *indigenismo* para *indianismo*, sugerindo que a ênfase agora não seria mais na integração, mas sim no respeito às diferenças culturais —, quanto o aumento repentino das exigências por direitos à diversidade cultural/étnica pressupõem um novo e eficiente aparelho do Estado. Ao contrário, o Estado está se afastando, cortando gastos públicos, e está abdicando o seu papel central em favor do governo local e mesmo de empresas privadas.

Durante os últimos anos, o México, e principalmente Chiapas, tem sido caracterizado por uma taxa alta de desenvolvimento econômico e por taxas baixas de desenvolvimento humano. O gasto público, que aumentou dramaticamente na década de 1970, vem caindo muito desde a década de 1980. Em Chiapas, o número de lares sustentados por mulheres tem aumentado. Isto levou a uma mudança nas estratégias de sobrevivência, com um aumento do autoconsumo e uma feminização maior da mão-de-obra agrícola. Nos municípios indígenas (aqueles onde mais de 70% da população classifica-se como indígena), a pobreza e a desnutrição ainda são muito graves. Cerca de 15% de todas as crianças morrem antes de chegar aos seis anos de idade. A taxa de analfabetismo entre as mulheres indígenas ainda é de 51%.

Para completar, pode-se falar de uma rebelião de jovens tentando se afastar do controle paterno e vendo o dote como um entrave. As expectativas em relação ao parceiro ideal também mudaram. Antigamente, esperava-se que ele fosse o provedor do lar, agora a jovem espera que ele 'possa dar coisas a ela' — o poder do consumo se tornou importante. É por isso que os rapazes gostam de ter empregos como o de motorista, em vez de trabalhar na terra. Eles já não se identificam com os valores e hábitos tradicionais.

Uma das importantes mudanças recentes é que as mulheres se fazem ouvir e, afinal, o feminismo teve um efeito modernizador aqui. As mulheres es-

tão mais interessadas na identidade étnica do que na manutenção da comunidade étnica. Atualmente, a textura da comunidade indígena já não é mais tão densa; escolhas são feitas de maneira menos coletiva do que antes. A rebelião de 1994 sancionou uma grande mudança na vida da comunidade. O zapatismo foi realmente um divisor de águas em relação aos direitos da mulher e deve ser visto como a mais recente onda de modernidade que os indígenas tiveram de enfrentar.

Sugeriria que as tendências recentes passaram a revelar um conflito entre duas noções de nação — mestiçagem *versus* multiculturalismo —, mas isto também é o resultado de muitas outras tensões modernas. Isto reflete um grande conflito de gerações na população indígena em relação ao tipo de liderança, estrutura familiar, posição da mulher, leis consuetudinárias e novas formas de etnicidades: os jovens anseiam mais pela etnicidade, e menos pela comunidade, pelos costumes e pelas relações estreitas de parentesco. Até o momento, a categoria de 'jovem' tem estado presente entre os indígenas como uma função da "modernidade" e do desconforto com a estreita vida comunitária baseada em leis consuetudinárias. Na verdade, a demanda por um reconhecimento oficial maior dessas é algo que não parece gerar muito interesse entre os jovens indígenas típicos, mas o reconhecimento da sua diversidade dentro do 'desenvolvimento' e da 'modernidade' gera.

A maioria dos indígenas com os quais conversei sente-se irritada com as construções convencionais populares e intelectuais de uma identidade 'maia': boa quando antiga, ruim quando moderna. Uma grande e prestigiosa contribuição acadêmica nesta direção foi o chamado Projeto Harvard, que estudou os indígenas de Chiapas em etapas diferentes durante várias décadas. É claro que em Chiapas, como muitas vezes é o caso, o 'problema' local e étnico é construído no âmbito de configurações internacionais, através de agentes locais, nacionais e mesmo estrangeiros. Isto leva ao fato de que, geralmente, as reivindicações e identidades étnicas 'locais' têm apelo e seguidores internacionais, mas pouco apoio político local fora dos limites imediatos da comunidade. Obviamente, não estou propondo um isolamento metodológico impossível, nem reverenciando as identidades locais, apenas colocando que, junto à solidariedade internacional e mesmo a medidas legais, as redes (e possivelmente as alianças) políticas também precisam receber a devida atenção.

Chiapas evoluiu de uma sociedade relativamente isolada (com indígenas 'tradicionais' e o parque social jurássico dos *coletos*) para uma sociedade que veio à tona através da exposição mundial da mídia. Em San Cristobal, esperava encontrar uma cidade colonial tranqüila e me deparei com uma alta densidade de *cybercafes* e uma discoteca com sósias do Led Zeppelin tocando.

Não existe qualquer fórum universal de organizações indígenas e ONGs; muitos reclamam da falta de funcionários qualificados locais e de esquemas de capacitação acessíveis (a universidade não é muito acessível à liderança indígena que ainda se encontra, na maior parte, presa ao nível do ensino médio). As tensões religiosas são freqüentes dentro dos grupos étnicos; e dizem que há cerca de 14 grupos armados nas florestas e nos vales desta região montanhosa — algumas pessoas até sugerem a possibilidade de futuras fragmentações da oposição (armada). Os conflitos são freqüentes entre as lideranças tradicionais, comprometidas com o *establishment* associado ao partido que esteve no poder ininterruptamente durante 60 anos, o PRI,[14] e as formas de liderança novas e menos centralizadas. O EZLN foi um sintoma e também a fagulha de mudanças futuras. A rede de benefícios que chegou depois da revolta, e devido a ela, é um tema a ser debatido, como se deve debater até que ponto ela mudou a divisão tradicional entre os que falam e os que ficam em silêncio. A revolta certamente contribuiu para acelerar a incorporação do estado de Chiapas ao México e à 'modernidade'.

Os conflitos em Chiapas pós-1994 parecem ter uma base étnica, religiosa, de gerações e de gênero. As intervenções centradas na comunidade indígena não trataram da maioria das novas formas de auto-expressão da identidade chiapaneca. Além do mais, como uma informante no Foro sugeriu, "no hay derechos buenos y derechos malos. Hay derechos". E, acrescentou ela, construções excessivamente centradas na comunidade podem acabar criando problemas para as minorias internas ou para vozes com menos força, como a das mulheres jovens, dentro daquela comunidade.

Não tenho a impressão de que a maioria das instituições que tive a oportunidade de conhecer, apesar de brevemente, esteja completamente consciente das mudanças pelas quais os jovens estão passando — quando estavam, eu percebia um sentimento de nostalgia em relação a 'como eram as coisas' quando os jovens ainda mostravam-se, na sua opinião, interessados na luta. Depois de 1994, o número de ONGs e de instituições intervindo em Chiapas tem aumentado dramaticamente. Elas vêm contribuindo com um aumento na expressão da voz étnica e têm conferido à identidade étnica um prestígio do qual ela não gozava antes — muitas vezes fazem isto externamente.

---

[14] Pergunto-me o que está para acontecer com esta antiga conexão da liderança indígena associada ao PRI depois que Vicente Fox, do partido PAN, venceu as eleições presidenciais.

Parece que as ONGs, tanto aqui como em outros lugares, muitas vezes tendem a ficar defasadas em relação aos desenvolvimentos sociais. Em várias ocasiões, transformam-se em políticas e demandas de intervenções populares que, naquele momento, já perderam o impulso. Apesar do fato de ONGs e fundações não-governamentais muitas vezes falarem em nome da sociedade civil da qual alegam ser a voz mais democrática, elas costumam usar uma linguagem e estabelecer prioridades que estão em maior sintonia com a sociedade política e com as políticas dos seus patrocinadores (internacionais) do que com as demandas locais e específicas.

Em relação à saúde reprodutiva, acredito que haja duas dimensões seriamente pouco desenvolvidas: uma abordagem anti-racista e multicultural mais ativa, por parte dos serviços públicos, e as necessidades específicas do jovem indígena dentro ou fora das organizações indígenas.

Nicarágua

A Nicarágua foi um dos primeiros países latino-americanos, senão o primeiro, a criar um sistema de autonomia local que oferece espaços para a pluralidade dentro de parte do aparelho estadual. Ou seja, as emendas de 1987 à lei possibilitaram que a autonomia e o pluralismo étnico se tornassem pontos de partida de políticas públicas, em vez de objetivos a serem atingidos através da luta. Isto mostra a relevância da etnicidade e de mudanças em relação à etnicidade, mesmo em países periféricos (Hegg, 1997; CIDCA, 1987). De fato, ao ser comparada ao México (com as suas dificuldades em reconhecer graus limitados de autonomia para Chiapas e outros estados da Federação), ao Brasil (cuja Constituição de 1988 é muito mais avançada em outros campos), e à Colômbia (cuja Constituição de 1991 não parece ter evitado a escalada da violência), a Nicarágua pode ser considerada um exemplo positivo e corajoso.

É claro que uma lei multiétnica não torna uma sociedade etnicamente tolerante da noite para o dia, principalmente quando o país passa por uma série de tumultos menos ou mais violentos depois da transição da cleptocracia do regime de Somoza para um projeto de modernização dos sandinistas gerido pelo Estado, até chegar a uma 'economia mundializada', segundo as regras do neoliberalismo e à diminuição relativa de gastos públicos em várias áreas socialmente sensíveis durante os dois últimos governos (Chamorro e Aleman). A minha visita e os meus esforços em ler o máximo possível sobre a história e a atualidade da etnicidade e dos jovens na Nicarágua deixaram claro para mim que o país, apesar dos avanços — que são ainda mais surpreendentes quando

se considera a conotação étnica de boa parte da violência na Costa Atlântica durante o período sandinista —, ainda tem um longo caminho a percorrer na estrada da tolerância étnica.

Em termos gerais, a Nicarágua é composta por duas grandes regiões: a Costa Pacífica e o seu interior, e a Costa Atlântica e o seu interior. Concentrei a minha visita nesta segunda região, que é vista comumente como a que representa a multiplicidade cultural da Nicarágua. Está fora do escopo deste artigo descrever de forma aprofundada a história específica e atual da Costa Atlântica.[15] Em resumo, pode-se descrever a Costa Atlântica como a região com uma história moderna de uma sociedade etnicamente plural, como a conhecemos em outras partes da bacia caribenha, principalmente mas não exclusivamente nas áreas que vivenciaram o colonialismo britânico ou holandês.

Na Costa Atlântica do que agora é a Nicarágua, cada grupo definido como étnico tinha uma posição especial no mercado de trabalho e na sociedade, segundo uma hierarquia que ia desde o branco europeu até o *creole*, *mestizo*, *miskito*, *garifuna* e *sumo-mayagna*. Este sistema foi incorporado ao estado da Nicarágua em 1894, mas sobreviveu com mudanças relativamente pequenas entre as décadas de 1950 e 1970. A partir de então, duas tradições étnicas entraram em confronto: a pluralista, que tinha conferido um papel especial aos *creoles* falantes de inglês e estava centrada nas igrejas protestantes tradicionais; e a versão nicaragüense do padrão ibérico de relações sociais, com alegações de universalismo, predominantemente católico, e conferindo um papel central ao *mestizo*. É apenas durante a última década que se define uma nova identidade *costeña*, em muitas maneiras uma mistura de elementos de identidade e culturas dos dois padrões mencionados acima. Aqui basta um retrato geral da sua composição demográfica e uma breve descrição da sua economia atual.

Em 1987, o Estatuto de Autonomia dividiu a Costa Atlântica em duas regiões: a Norte e a Sul — respectivamente RAAN e RAAS — que correspondem a 49% do território nacional e a 9,4% da população. Também concentram a maioria esmagadora da população indígena na Nicarágua — um total estimado de 4% da população. É a região do país com maior crescimento demográfico, basicamente devido à imigração do *mestizo* e ao avanço em direção ao leste

---

[15] Importantes fontes de inspiração são encontradas no trabalho de vários autores, principalmente Charles Hale, Carlos Vilas, Edmund Gordon, Manuel Ortega Hegg e Myrna Cunningham.

da fronteira agrícola. Em 1980, o governo provincial fez uma projeção da população de 193.929 habitantes, enquanto Gordon (1999) calculou que seria de 282 mil. Em 1999, A Universidade da Costa Atlântica (URACCAN), citando o INEC, menciona uma cifra de cerca de 399 mil.

Tabela 1

A Costa Atlântica x o resto do país

Indicadores	**Costa Caribenha** RAAN	RAAS	**Nicarágua**	**Total**
Extensão geográfica em km²	32.159	27.407	121.428	59.566
Porcentagem do território nacional	26,48	22,57	100	49,05
População total	175.405	223.500	4.139.490	398.905
Porcentagem da população total	4,24	5,4	100	9,64
Densidade da população/ha.km	5,5	8,2	34,1	7

Fonte: INEC.

Tabela 2

Composição étnica da Costa Atlântica da Nicarágua

Grupo étnico	**RAAN**	**RAAS**	**Total**
Mestizos	39,13	52	44,4
Miskitos	54,7	9	33,45
Creoles	2,48	34	17,55
Garífunas	—	3	1,5
Ramas	—	1	0,5
Mayagnas	3,69	1	2,6
Total	100	100	100

Fonte: INEC.

Durante décadas, a região Atlântica tem sido considerada a fronteira rural e de mineração da Nicarágua. A migração da região da Costa Pacífica foi estimulada durante o governo de Somoza e tem continuado desde então. Os imigrantes são *mestizos*, geralmente camponeses e pequenos empresários. A sua chegada tem causado atritos. No Sul, eles ameaçam os interesses dos *creoles* falantes de inglês, que costumavam chamar os imigrantes de forma pejorativa simplesmente de *Spanya*, e no Norte, o seu assentamento em áreas rurais tem provocado ressentimento por parte da maioria da comunidade *miskito* em relação a questões de posse de terra — este é o único grupo que produziu um partido relativamente forte, com representantes com base étnica no governo local (o Partido Misurasata).

Há vários dados importantes para se compreender a situação presente: o país importa três vezes mais do que exporta; o seu produto interno bruto (PIB) é um dos menores da América Central; boa parte da população vive nos Estados Unidos (o que torna a dependência deste país ainda maior do que sempre tem sido na história moderna); a taxa de natalidade é a mais alta da América Latina (e a taxa de gravidez de adolescentes também é: 152 entre mil adolescentes engravidam);[16] e atualmente o país gasta muito menos com problemas sociais do que outros países latino-americanos. Além disso, a sua polícia deixou de ser a máquina eficiente (embora repressiva, segundo algumas pessoas) do período sandinista, tornando-se uma instituição muito mal remunerada e profundamente afetada pela corrupção e pelo apelo do narcotráfico.

Entrevistei várias instituições na capital Manágua, e depois peguei um avião para Bluefields, capital da RAAS, e Puerto Cabezas/Bilwi, capital da RAAN. As entrevistas em Bluefields e Puerto Cabezas me ajudaram a ter uma primeira idéia sobre a questão polêmica levantada por esta pesquisa na Costa Atlântica. Também pude aproveitar dois resultados recentes de pesquisas sobre a condição dos jovens em, respectivamente, Puerto Cabezas[17] e Bluefields (Machado, 1998).[18]

---

[16] Fonte: *Boletín de la Red de Investigadores en Análisis Sociocultural y Demográfico*, n. 2, 2000.

[17] Sou grato a Carlos Aleman, da Clinica Bilwi, pelas informações sobre as descobertas feitas na pesquisa em Puerto Cabezas.

[18] Um importante obstáculo foi a falta geral de indicadores numéricos oficias ou confiáveis. Os dois trabalhos que mencionei parecem ser os únicos que enfocam os temas fundamentais deste artigo. O primeiro foi realizado em Puerto Cabezas, de 1994 a 1996, como parte das atividades da ONG Wanghia Lupia; o segundo foi um projeto mais amplo que entrevistou 460 jovens em Bluefields, em 1998, e foi patrocinado pelo Catalan Fund for Cooperation.

A situação do emprego é caracterizada por desemprego crônico, migração externa e — na opinião de vários porta-vozes *creoles* — uma crescente passividade entre os jovens, principalmente entre os de origem *creole*. Segundo os resultados das duas pesquisas, o desemprego entre os jovens em Bluefields e Puerto Cabezas varia de 80 a 90%. Em relação a Bluefields, o Sr. Tubbs, comerciante de médio porte em matérias de construção do Bloco Costeño, me disse que, hoje em dia, é difícil encontrar um carpinteiro *creole* jovem, porque eles preferem ir embora em um navio estrangeiro. O reverendo Faran Demetz, reitor da Bluefield International Christian University (BICU), da Costa Atlântica, declarou que está cada vez mais difícil recrutar bons alunos *creoles* para a sua universidade, que é administrada sob o patrocínio da Igreja Moraviana e na qual parte das aulas é dada em inglês — a maioria das novas matrículas é de *mestizos*, que são principalmente católicos, mas que estão ansiosos para aprender inglês. Demetz afirma que os rapazes *creoles* preferem se tornar marinheiros a estudar para ter um diploma.

Pegar um navio significa ganhar dinheiro mais rapidamente do que em outras ocupações ou profissões — mesmo que isto ofereça pouca mobilidade social a longo prazo —, além de permitir que sintam o gosto do mundo estrangeiro e de ser uma oportunidade concreta de se migrar para os Estados Unidos. Isto costumava ser uma prerrogativa dos *creoles*, pois eles tinham a vantagem de dominar a língua inglesa. Agora também é o caso de um número cada vez maior de rapazes *mestizos*. Isto diz respeito apenas a navios de cruzeiros, enquanto os pesqueiros ainda são artesanais e bastante locais ou barcos estrangeiros com tripulações estrangeiras — a maioria de Honduras. Em Puerto Cabezas, os rapazes têm uma boa alternativa de ficar 'sem fazer nada': tornam-se mergulhadores (*buzos*) para os vários barcos de pesca de lagosta que varrem as águas de Cayos Miskitos. Ouvem-se vários boatos sobre o estilo de vida dos *buzos* — pelo que sei, nenhuma pesquisa mais aprofundada foi realizada sobre os marinheiros de Bluefields nem sobre os *buzos* de Puerto Cabezas. Os trabalhos de marinheiro ou *buzo* são atividades masculinas, baseadas na distância geográfica dos parentes e da própria família.

O número geralmente mencionado de 10 mil marinheiros e a vagarosa, porém constante, migração externa para os Estados Unidos (os *mestizos* de classe baixa tendem a migrar para a Costa Rica porque, segundo me disseram, não têm a vantagem de falar inglês nem os contatos nos Estados Unidos que os *creoles* já desenvolveram) não apenas são relevantes para a situação do emprego, mas também revelam as antigas e novas conexões transnacionais que significam um certo grau de exposição à globalização. Há, no entanto, um lado mais sombrio neste recente impulso em direção à globalização.

O uso da cocaína é um problema sério em toda a Nicarágua e, de acordo com algumas pessoas, especialmente na Costa Atlântica.[19] Uma pesquisa recente sobre o uso de drogas em Bluefields, coordenada pelo político local de esquerda, Moises Arana, que ainda não tinha sido publicada quando eu estava lá, contou até 260 pontos de venda de cocaína (*espendios*). A pesquisa feita por Carlos Aleman e sua equipe, em Puerto Cabezas, registrou 86 pontos de venda — quase todos concentrados em dois bairros, onde a venda de cocaína se tornou uma atividade econômica importante. Na costa, a cocaína veio do mar de forma quase milagrosa. Tudo começou depois da derrota sandinista. Cartéis colombianos, percebendo um relaxamento da polícia e do controle do exército, começaram a usar as pequenas ilhas na costa como parte da sua rede. Os jornais falavam sobre cocaína que tinha caído ou sido jogada de barcos e que chegava à costa. Era vista como um presente de Deus, como tudo o que vem do mar. Mito ou realidade, isto não impede que o preço da cocaína seja muito baixo — menor que o da cerveja ou da maconha, ambas produzidas localmente.

Ouve-se falar, também, que o uso da cocaína está aumentando muito nos vilarejos rurais e pesqueiros, que comunidades *miskitos* inteiras foram desintegradas pelo seu influxo repentino, e que pescadores trocam lagosta por cocaína em mar aberto. Pessoalmente, no entanto, pude ter uma idéia sobre a seriedade do problema devido ao grande número de *pedreros* (usuários de cristal de *crack*) concentrados e negociando a droga nas ruas do centro de Bluefields e Puerto Cabezas durante a noite. Para piorar a situação na costa, não há qualquer instituição eficiente que lide com este problema crescente. Por outro lado, soluções tradicionais para problemas sociais locais estão provando ser ineficazes. Por exemplo, o serviço social e o aconselhamento tradicional ligado à Igreja (Moraviana) têm demonstrado falta de coragem. Segundo o reverendo Demetz a Igreja Moraviana, que ainda não se recuperou do trauma da guerra — quando era vista como uma entidade anti-sandinista —, tem mostrado uma capacidade ainda menor para lidar com os desafios da situação atual. Os reverendos, que no passado eram a vanguarda do serviço social, se voltaram, na maioria, para rixas teológicas, fazendo com que a Igreja Moraviana perdesse boa parte do apelo para os jovens — que agora só freqüentam a igreja quando

[19] Outros defendem que, ao contrário, artigos recentes em jornais nacionais associando a Costa Atlântica ao crescimento no tráfico e no uso de drogas são, na maioria, parte da criação de um estereótipo desta parte 'diferente' da Nicarágua.

obrigados. Nos sermões, os (jovens) usuários de drogas são vistos como almas perdidas. Por outro lado, soluções modernas continuam sendo aguardadas.

De muitas maneiras, a venda de cocaína é tão devastadora quanto o seu uso regular no que diz respeito à vida familiar, a papéis de gênero e manifestações públicas de masculinidade e feminilidade. Em Puerto Cabezas, muitos rapazes vêem a venda da cocaína como uma forma de ajudar a família a sair da pobreza. No entanto, todos acabam vendendo para os seus vizinhos e amigos e, através disso, desintegrando a vida em família. É claro, há também conseqüências importantes quanto à escolha de um parceiro e ao grupo de possíveis parceiros. Mesmo que os ganhos com a venda da cocaína sejam menores do que o esperado, eles geralmente são maiores do que os de pequenas atividades informais, que são as únicas alternativas disponíveis para os rapazes locais com pouco estudo. Diante disso, o rapaz com mais dinheiro se torna um melhor parceiro. Ao que parece, depois da primeira grande campanha informativa em 1997-1998, as pessoas passaram a conhecer melhor os perigos da cocaína. Ainda assim, a maioria dos jovens, sem distinção, ainda a consome.

A gravidez na adolescência é denunciada como um problema sério, embora eu não tenha conseguido encontrar indicadores numéricos locais confiáveis. Aparentemente, isto nunca foi raro na cidade e agora está se tornando comum nos vilarejos menores, também entre os *miskitos*, principalmente entre os que se mudaram para a cidade. A maioria dos informantes também está preocupada com o aumento da prostituição, embora, mais uma vez, não tenha encontrado indicadores numéricos confiáveis. Do final da tarde até o amanhecer, (jovens) prostitutas (sem predominância de um grupo étnico, mas geralmente de pele escura, mesmo quando *mestizas*) podem ser vistas em lugares-chave nas duas cidades que visitei. Quando os *buzos* voltam do mar, dezenas de moças estão esperando por eles — geralmente adolescentes — no píer de Puerto Cabezas. Nas duas cidades, como em muitas pequenas cidades que conheço no Brasil ou no Suriname, geralmente é difícil diferenciar entre uma prostituta profissional e uma 'menina esperta' e com experiência de rua. A maioria das meninas nunca se veria desta maneira — mas sim como mulheres que lutam para sobreviver.

A alta incidência de uso de cocaína, a falta de acesso a serviços de saúde e prevenção, e a pobreza abrangente criaram um contexto problemático para a saúde reprodutiva, embora, segundo a Comisión de Lucha contra el Sida de Puerto Cabezas, isto ainda não tenha resultado em números elevados (oficiais) de infecções por HIV. De acordo com os números oficiais, há 400 casos registrados de Aids na Nicarágua. Na região de Puerto Cabezas, onde os pesquisadores trabalham, sabe-se que há oito casos de presença do vírus HIV, mas

nenhum de Aids. Eles trabalham com prevenção e têm se concentrado em dois grandes grupos de risco: os *buzos* e as prostitutas. O primeiro grupo volta à costa a cada 15 dias e passa boa parte dos dias de folga. Gasta a maior parte do dinheiro no que chama de 'viver': um longo fim de semana com bebida, cocaína e prostitutas.

As prostitutas, na maioria *miskitas*, assumem muitos dos traços culturais dos *creoles*, inclusive do inglês *creole*, que está se tornando o idioma-ponte do submundo (e, em menor parte, da cultura jovem). Elas formam um grupo de 30 a 35 prostitutas, que é pequeno em termos percentuais. Muitas vezes se recusam a usar preservativo, pois sem ele podem ganhar 100 pesos, enquanto ganhariam apenas 40 se o usassem. Apesar desta resistência, houve uma melhoria na distribuição gratuita de preservativos.

Não há uma cena *gay* aparente em Puerto Cabezas (também não vi alguma em Bluefields ou Manágua). Christian e Domingo conseguiram, depois de muitos esforços, se reunir com um grupo de homossexuais, que saíram dos seus esconderijos e até organizaram festas públicas. Este grupo ativo está consciente da importância do uso de preservativo. As mães adolescentes estão se configurando como um novo grupo social. Elas sempre existiram entre os *miskitos*, mas atualmente tendem a ser tornar mães solteiras e a ser sustentadas pela família materna.[20] Ao todo, há 500 ou 600 casos de doenças sexualmente transmissíveis registrados na região da cidade. Segundo os informantes, as comunidades rurais ainda condenam bastante o uso da cocaína — apesar de certamente estarem sofrendo com isto. Por isso, os jovens tendem a vir à cidade para consumir a droga — longe dos olhos de seus parentes.

Estes problemas precisam ser colocados no contexto desta região multiétnica com conexões transnacionais, resultado não apenas das redes de contato da Igreja Moroviana, mas também da guerra que terminou somente uma década atrás, da migração, da tradição dos marinheiros e, mais recentemente, da atuação internacional das redes de cocaína. A região também tem conhecidas conexões étnicas transnacionais há muito tempo. Os *miskitos* e os *garifunas* são povos bi ou trinacionais (presentes em Belize, Honduras e Nicarágua); os afro-caribenhos falantes de inglês e, mais recentemente, o mundo afro-ameri-

[20] Sugiro que se observe com cuidado esta tendência de se passar de mãe adolescente dentro de um casamento tradicional, possivelmente em uma comunidade (quase) rural, à mãe solteira, apesar de haver a visita de um homem, possivelmente em uma vizinhança do que se tornou uma cidade. Esta tendência é tanto causa como efeito de mudanças importantes no desempenho da masculinidade entre os jovens *miskitos*.

cano são muitas vezes os horizontes culturais e políticos dentro dos quais um grande número de *creoles* têm tradicionalmente se situado — como dizem, muitos se sentiram primeiro morovianos e/ou afro-caribenhos e, depois, nicaragüenses. Na Nicarágua, as relações raciais podem ser mais bem descritas como uma série de encontros entre as construções de mestiçagem, cada uma delas com discursos e estilos específicos, que se confrontam umas com as outras: *mestizos, creoles, miskitos*. Há uma linha tênue entre negro, branco e indígena nativo. Diferenciar o 'negro' ou o 'branco' do resto pode ser difícil.[21]

Os *miskitos* estão se tornando mais importantes em termos numéricos e também políticos. Em parte, isto está relacionado ao fato de que eles incorporam indivíduos vindos de fora, como os *creoles* e *mestizos* natos. No entanto, é possível que tenham uma taxa de natalidade comparativamente mais alta — não há indicadores numéricos disponíveis sobre a taxa de natalidade por grupo étnico. A migração externa de *creoles* abriu algumas posições na máquina estadual e educacional que uma parte dos *miskitos* agora está ocupando.

Muitos *creoles* se sentem invadidos por gente de fora. Crêem que estão perdendo os pequenos privilégios que lhes foram concedidos por dominarem o idioma inglês e um certo nível de habilidades técnicas durante a época em que a região dependia basicamente do colonialismo britânico e, posteriormente, das empresas americanas. Também acham que estão perdendo o controle político e cultural da sua cidade, das escolas religiosas e da política local — pela primeira vez, o prefeito de Bluefields é um *mestizo* e não há qualquer candidato *creole* importante para a próxima eleição. No entanto, embora a presença demográfica *creole* esteja diminuindo, a sua influência cultural continua forte — mais um exemplo de que a força de uma cultura não depende apenas da demografia. Eles também têm uma boa representação nas ONGs e fundações locais.[22]

O multiculturalismo oficial é basicamente pobre e tem falta de funcionários qualificados. No ensino fundamental, a educação multicultural signifi-

---

21 Quanto a isto, não posso concordar com várias declarações radicais que tendem a simplificar excessivamente o sistema de relações étnicas e raciais na região. Infelizmente, exemplos destas declarações são encontrados no panfleto *Minority Rights Report on Afro-Central Americans*, publicado em 1996: "Na Nicarágua, comunidades negras vêm perdendo terreno para os *mestizos* há mais de um século, levando a revoltas repetidas".

22 Francisco Campbell, da FACANIC (uma das principais federações de ONGs da Costa Atlântica nicaragüense), enfatizou a importância econômica destas instituições que, segundo as suas estimativas, empregam na RAAS e na RAAN de 400 a 450 pessoas e administram um orçamento de cerca de 2,5 milhões de dólares por ano. Estes empregos são uma arma importante na luta contra a evasão de cérebros.

ca, na maioria dos casos, que professores que não falam inglês dão as aulas no seu idioma materno, geralmente em *miskito* — para o desalento dos pais que desejam que os seus filhos aprendam espanhol e inglês, embora tenham uma atitude positiva em relação ao fato de parte do ensino ser em 'língua étnica'. No ensino superior, a efetivação de algum tipo de multiculturalismo parece ser mais fácil. Mas tudo isto ainda está muito longe das necessidades da sociedade *costeña* e da vivacidade do uso criativo dos símbolos étnicos da cultura jovem da região — que se alimenta da música popular que se vende como '*costeña*' e 'tropical'. Além do mais, estas vivências de uma nova identidade *costeña* multiétnica e híbrida ainda não são totalmente reconhecidas pelos partidos políticos locais e nacionais.

Para concluir, de uma maneira que faz lembrar Chiapas, a Costa Atlântica da Nicarágua passou, em um período de tempo relativamente curto, de um isolamento a uma incorporação abrangente e problemática ao resto do país. Os fluxos culturais e econômicos associados à 'modernidade', que no passado se relacionavam apenas a uma parte da população, agora têm um impacto maior do que antes.

Colômbia

Dos três países estrangeiros que visitei, a Colômbia certamente é o que apresenta mais semelhanças com o Brasil, em termos de relações raciais e de cultura negra. A Colômbia possui a segunda maior população de origem africana na América Latina depois do Brasil. Este grupo, que se calcula ser de mais de 18% da população local, se concentra na Costa Pacífica, na Costa Atlântica e no Vale do Rio Cauca (sendo Cáli a sua cidade principal), mas também é visível em outros lugares. Devido às migrações internas e ao êxodo em conseqüência da guerra de guerrilha e antiguerrilha (*desplazamiento*) mais recentemente, uma grande população negra agora também pode ser vista em Medelin e mesmo em Bogotá.

A Colômbia, exatamente como o México, a Nicarágua e o Brasil, fez da sua mestiçagem biológica e cultural o cerne da sua auto-representação nacional. Tradicionalmente, no entanto, há uma diferença em relação ao Brasil: os retratos e discursos populares e de elite sobre a mistura racial tendem a ser sobre o par branco-indígena. Pessoas de descendência africana geralmente têm estado menos presentes nestes discursos, apesar de representarem um grupo muito maior do que o indígena.

Durante as duas últimas décadas, esta conjuntura começou a mudar. Isto resultou em uma nova constituição em 1991 (Lei 70), que declarava que a

Colômbia deveria ser um país multiétnico e multicultural, e estabelecia direitos de posse de terra especiais aos descendentes das comunidades *maroons* (em português, quilombolas), como também uma representação — de breve duração — no parlamento destas comunidades e das comunidades indígenas. Por um lado, estas mudanças legais significaram um grande passo à frente em termos de reconhecimento da diferença étnica; por outro lado, representaram problemas novos porque: 1) de uma forma que não pôde ser prevista, abriram o caminho para um processo de etnogênese em um país cuja textura social foi e é marcada pela guerrilha e pela violência (para)militar; 2) diziam respeito apenas a comunidades coesas, rurais e etnicamente marcadas, deixando de fora a maioria da população de descendência africana (mista) que cada vez mais tende a ser urbana e a ser definida racialmente em vez de etnicamente (para as pessoas de fora, eles "têm uma aparência diferente" mesmo que raramente "se comportem de forma diferente"); e 3) criaram expectativas que não podiam ser satisfeitas especificamente em um contexto de afastamento rápido do Estado de áreas fundamentais para as políticas multiculturais, como a educação e a criação de empregos.

Um outro aspecto que faz com que a Colômbia seja relativamente semelhante ao Brasil é que existe agora uma tradição de pesquisa consolidada sobre o tema das relações raciais e da cultura negra (tanto em áreas rurais quanto urbanas),[23] como também sobre a saúde reprodutiva e a população de descendência africana (ver, entre outros, Viveros Vigoya, 2000). Se o Brasil está mais adiantado no primeiro tópico — e os pesquisadores colombianos contam bastante com a literatura brasileira —, a Colômbia está mais adiantada no segundo.

Concentrei-me em duas cidades e suas regiões, Cáli e Cartagena, onde fiz o melhor possível para ter uma idéia visual das condições de vida de várias vizinhanças, cidades e vilarejos com uma grande maioria de afro-colombianos. Na região de Cáli, visitei a cidade agrícola de Puerto Tejada e a cidade portuária de Buenaventura, com mais de 250 mil habitantes, a maior cidade da Costa Pacífica colombiana. Perto de Cartagena, visitei o vilarejo de Palenque, simbolicamente muito importante para os ativistas afro-colombianos, que o identificam como o lugar onde os traços da cultura africana foram mais

[23] Uma lista de pesquisadores importantes deve incluir Nina de Friedmann, Jaime Arocha, Fernando Urrea, Gustavo Ignacio de Roux, Eduardo Restrepo, Adriana Maya, Mara Viveros e Claudia Mosquera. Vários estudiosos estrangeiros consagrados também têm estado ativos neste campo na Colômbia, como Peter Wade, Michel Agier, Christian Gross, Olivier Barbari, Odille Hoffman e Michel Taussig.

bem mantidos na Colômbia. Também visitei Bogotá, onde me limitei a contatos acadêmicos.

Cáli foi escolhida por ter a minoria negra, apesar das alegações oficiais de que os afro-colombianos estão concentrados, principalmente, apenas ao longo da Costa Pacífica (que está a menos de três horas de carro da cidade). Com uma área metropolitana apresentando uma população de 2,75 milhões de habitantes, entre os quais 34% são negros ou mulatos, Cáli é, sem dúvida, a maior concentração de afro-colombianos. É, de muitas maneiras, central para a região do Pacífico, da qual, disseram, está rapidamente se tornando a capital cultural. O principal festival de música e cultura do Pacífico é realizado em Cáli em agosto.

Também escolhi esta cidade porque ela é a base do programa de pesquisa mais elaborado e adiantado sobre relações raciais, juventude negra e, durante os últimos anos, saúde reprodutiva e/na condição racial (ver Quintin Quilez, 2000; Urrea, 2000a, 2000b). Ali, concentrei minhas visitas no distrito de Aguablanca, um grande conglomerado de classe baixa de favelas, fronteira com um número cada vez maior de assentamentos precários de posseiros, que cresce cada vez mais com a imigração constante de pessoas deslocadas pela violência, sobretudo da Costa Pacífica esmagadoramente negra. Perto de uma infra-estrutura que estava tendo um certo sucesso no combate daquela que podemos chamar de 'pobreza tradicional', sente-se a carência de medidas e estruturas para o combate destas novas formas de pobreza associadas à migração, que estão submetendo o tecido social (ajuda mútua, associações de moradores etc.) dos bairros populares mais tradicionais a uma forte pressão. Isto, acima de tudo, estava ocorrendo ao mesmo tempo em que o Estado se afastava da intervenção social devido a planos econômicos nacionais para a 'recuperação' econômica.

A criminalidade juvenil (freqüentemente organizada em gangues ou *pandillas*), combinada à violência dos esquadrões da morte, tornou-se onipresente nesta região até mesmo durante o dia. Fiquei impressionado com o fato de que, em Cáli, Buenaventura e, um pouco menos, em Cartagena, os meus informantes nunca incluíam o uso de cocaína (popularmente chamada de *perico*), crack (*bazuco*) e cola de sapateiro como um sério problema local. Eles colocaram que, para os jovens que trabalham com isto, é a venda de cocaína e o mecanismo de vingança a ela associado que constituem o perigo.

A elite política de Cáli sempre manteve uma relação problemática com a população afro-colombiana — paternalista na melhor das hipóteses. Muitas publicações defendem que, se a maioria dos negros é pobre, é por causa da sua cultura e porque os negros não se incomodam em viver em áreas insalu-

bres, uma vez que já devem ter se acostumado a isto. Muitas vizinhanças com grandes populações negras recebem o nome do político que foi o seu 'benfeitor'. Apesar da preferência pela esquerda entre a maioria dos líderes comunitários negros na história da cidade, foi o Partido Liberal conservador, graças ao grau de cooptação e uso de *slogans* populistas (também incorporando traços da cultura negra), que mais se beneficiou da luta negra em termos eleitorais. Apenas recentemente, a elite local começou a aceitar que Cáli tem uma grande minoria não-branca/mestiça. Esta mudança está relacionada à popularidade crescente de eventos como o grande Festival de Música do Pacífico, que tem sido realizado com verbas do município durante os quatro últimos anos (1997-2000).

Pesquisas sobre a estrutura familiar em Cáli indicam que, como se esperava, as famílias negras tendem a ser mais pobres; que a mobilidade social ocorre sim, porém é mais difícil; que a mestiçagem continua; e que, em termos gerais, as diferenças entre brancos e negros é mais acentuada no grupo intermediário do que nas classes mais pobres e nas seções mais ricas.

Pesquisas sobre a masculinidade (*hombria*) estão demonstrando que as construções familiares tradicionais estão mais frágeis do que nunca, porque cada vez menos mulheres jovens aceitam o poder de um homem sem questioná-lo, principalmente se o homem não é realmente o provedor, mas fingem que ele é diante dos amigos e parentes dele. Homens e mulheres jovens sentem-se deslocados pela falta de empregos adequados, ao mesmo tempo em que nem todos são capazes ou estão dispostos a competir no mercado de atividades econômicas informais (*rebusques*).

Durante estes anos, como meus informantes têm percebido no bairro de Aguablanca, em Cáli, o casal tem se tornado uma unidade cada vez mais frágil entre os jovens. Entre eles, a vida a dois simplesmente tende a ter uma duração mais curta. A maioria das jovens com as quais esta organização está em contato vivencia o que na antropologia é conhecido como monogamia serial. Durante este mesmo período de tempo, a iniciação sexual passou a ocorrer antes dos 14 anos de idade. Segundo alguns informantes, ademais, a maioria das mulheres jovens prefere parceiros de fora do seu bairro — sugerindo que os rapazes locais são maus parceiros.

Cartagena de las Indias, com uma área metropolitana com 1,28 milhões de habitantes, entre os quais aproximadamente 70% são negros e mulatos, é a segunda cidade depois de Barranquilla e tem a maior concentração de afro-colombianos na Costa Atlântica. As grandes usinas petroquímicas construídas na década de 1960 modernizaram a cidade e deslocaram parcialmente a elite local. Cartagena é a capital de uma região caracterizada por grandes proprie-

dades rurais para a pecuária; desde os anos 1970, uma grande parte destes latifúndios vem sendo comprada pelos barões das drogas.

A cidade apresenta semelhanças e diferenças em relação a Cáli. As semelhanças são a presença conspícua de uma população deslocada das áreas rurais, onde guerrilhas e principalmente paramilitares vêm espalhando o terror; falta de serviços sociais; uma tradição de racismo por parte da elite local; e vitalidade cultural entre os jovens afro-colombianos através de formas originais de música e dança. As diferenças são a alta incidência do uso de drogas na classe baixa e a importância da indústria do turismo para a economia e representação pública de Cartagena — o impacto do turismo em Cáli é mínimo em comparação a Cartagena. Esta, com as suas praias e seu belo centro histórico (declarado monumento mundial pela Unesco), tem, durante décadas, atraído um grande número de turistas nacionais e estrangeiros.

O turismo levou à transformação de uma série de imagens e artefatos associados aos afro-colombianos em ícones turísticos, como as mulheres *palenqueras*[24] (que lembram a forma através da qual a indústria de turismo em Salvador, na Bahia, transformou a baiana do acarajé em um ícone) e ornamentos afro para o cabelo (que as mulheres afro-colombianas colocam no cabelo de turistas — brancos na maioria —, na praia de Boca Grande, onde se concentra a maioria deles). A partir da incorporação ao universo da música popular, passou a aconteceu um grande consumo de gêneros de músicas e instrumentos musicais, geralmente associados à população negra. Assim, foi sendo criada a noção de 'música tropical' (Wade, 2000). Cartagena lembra muito Salvador, e não apenas pela sua bela arquitetura colonial, mas também pelos traços endogâmicos da elite local, contrabalançados por uma vitalidade cultural e um orgulho étnico renovados entre o grupo jovem da população negra.

Os discursos dos oito ativistas negros que entrevistei também fazem lembrar do Brasil. Eles reforçam a idéia de que a identidade negra e a diferença precisam ser enfatizadas para serem redescobertas. Insistem em usar o termo 'negro' como uma afirmação política contra a tentativa de tornar a negritude invisível. O vilarejo de Palenque, a 60 quilômetros da cidade, é identificado por estes ativistas como a fonte principal de símbolos negros. Palenque é uma grande comunidade rural formada por descendentes de escravos fugitivos há cerca de duzentos anos. Conta com rituais funerários específicos, estilos de

[24] Mulheres negras, originalmente do vilarejo de Palenque, que vendem, geralmente em grupo, frutas e legumes em grandes bandejas de metal levadas em cima da cabeça pela da cidade.

música e um amplo léxico popular com base *bantu*. Em Cartagena, no entanto, a maioria dos jovens negros expressa a sua combinação de juventude e identidade étnica através do gosto coletivo por estilos musicais que são comumente vistos como *costeños*,[25] ou negros, como *vallenato* e *champeta* (Mosquera & Mercado, 1989; Wade, 2000).[26] Uma outra queixa relacionada é que a cidade é geograficamente segregada, com uma faixa de classe alta e média ao longo da costa e uma imensa área de classe baixa perto dos mangues e pântanos. Cada novo plano turístico tem sido acompanhado pela expulsão da maioria da população negra de uma área central para uma área distante, sem infra-estrutura.

Os ativistas entrevistados denunciam com força a falta de consciência negra. Sugerem que esta falta resulta do fato de que a escravidão era basicamente doméstica na região — apesar de a cidade ter sido o porto de entrada dos escravos para o império espanhol. Há uma continuidade do passado. Os negros procuram soluções individuais, tentam fazer amizade com a elite — que responde com paternalismo —, tratando a pessoa com frases como "sim/não, meu filho". A elite, por um lado, nega o racismo e insiste que são apenas as nefastas influências externas que reclamam disto; por outro lado, tende a criar vários contextos informais nos quais os contatos raciais parecem muito igualitários e acabam funcionando como um tampão para tensões raciais (*situaciones tu a tu*).

Mais um aspecto parecido com a região metropolitana de Salvador, onde fiz pesquisa de 1992 a 1996, é uma profunda e problemática mudança na relação entre trabalho e jovens, sobretudo os de baixa escolaridade. Os informantes denunciam o desemprego, que, diz-se, nesta região é o mais alto na Colômbia e também afeta pessoas com diplomas universitários. Enquanto isso, os jovens têm uma perspectiva diferente da dos seus pais em relação ao trabalho: desejam uma colocação adequada (*empleo*) e já não se satisfazem mais com atividades informais (*rebusque*). Já que não há trabalhos adequados para a maioria dos jovens locais, e devido ao fato de que eles não se interessam muito por trabalhos manuais, boa parte das atividades artesanais tradicionais desta região está desaparecendo. Objetos que anteriormente podiam ser consertados localmente, agora são jogados fora.

---

[25] Em muitas situações, este termo, além de expressar uma identidade nacional, também é relacionado à cor escura da pele da maioria dos habitantes da Costa Atlântica.

[26] A mistura local de *house*, *soul* e, principalmente, de vários estilos musicais 'africanos' que os DJs mixam e tocam em dezenas de sistemas de som com pistas de dança anexas, que ganham vida durante os fins de semana em bairros predominantemente de classe baixa.

Informações sobre como tomar decisões a respeito de sexualidade são extremamente necessárias. As ONGs tentam incorporar isto na maioria das atividades. Não há qualquer serviço público fazendo algo parecido. No centro da cidade, há o centro governamental da agência Profamilia, mas que não faz nada além do mero controle da natalidade. A recém-lançada cadeira universitária sobre Saúde Sexual poderia ter realizado algo de positivo, mas a sua ênfase é apenas nos aspectos médicos — e é muito biologista.

A questão polêmica: saúde reprodutiva, etnicidade e exposição à globalização

Ao se comparar estes quatro países, observa-se diferenças importantes em termos de tamanho, composição das populações 'negras' e 'brancas', histórico de violência, história étnica, discursos nacionais e construção da 'raça',[27] história sexual e moral, grau de intervenção estadual, infra-estrutura pública, presença de fundações estrangeiras e grau de organização do ativismo negro. No entanto, em resumo, em todos os quatro países, as tendências na saúde reprodutiva e nas relações raciais e identidade étnica podem ser esboçadas segundo uma série de traços comuns. Um dos traços fundamentais é que, nos quatro países, no passado recente, importantes mudanças legais têm produzido uma legislação geralmente abrangente e progressista no que diz respeito aos temas principais deste trabalho: direitos das minorias étnicas, direitos sobre a saúde reprodutiva e direitos das crianças e dos jovens.[28] O cumprimento destas leis e cartas de direito é, contudo, bastante problemático devido a uma falta de investimentos e infra-estrutura nestes campos de ação social. Nos quatro países, a continuidade é um problema sério. Intervenções são iniciadas e interrompidas muito mais por razões de financiamento e administração do que por mudanças no contexto social. Muitas ONGs e fundações estrangeiras se retiraram da Nicarágua e, mais recentemente, da Colômbia. Em Chiapas ocorre o oposto: fundações e ONGs 'descobriram' a região depois da rebelião armada de 1994.

---

[27] Nas estatísticas oficiais apenas o Brasil e, de certa forma a Nicarágua moderna, incluem o item cor. Na Colômbia, o departamento nacional de estatística está começando somente agora a experimentar com o item cor ou ' raça'.

[28] Estou me referindo, entre outras, a uma série de iniciativas como o Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil e a estatutos parecidos na Nicarágua e na Colômbia. Ainda preciso verificar a situação do México.

Outras tendências inter-relacionadas são as seguintes:

1) Dentro de um quadro de queda no crescimento populacional, há um aumento no número de mães solteiras e, com isto, na gravidez na adolescência. A condição de mãe solteira não é mais, em relação ao passado, apenas um estágio na careira matrimonial da mulher. É uma condição a longo prazo.

2) Estruturas familiares foram afetadas de várias maneiras pela individualização. Por exemplo, é menos comum do que antes que pais abdiquem o seu tempo livre e a sua renda para cuidar de parentes ou de filhos grandes. Como resultado, mães solteiras não podem mais contar tanto com as suas próprias mães para cuidar dos seus filhos.

3) Existe uma profunda e contínua crise entre os provedores masculinos devido ao colapso da estrutura salarial para o trabalhador não-especializado nas regiões urbanas.

4) Observa-se o que se pode chamar de popularização do 'amor romântico' e de certas questões feministas nas camadas sociais mais baixas que vinham até então sendo consideradas relativamente independentes destes fenômenos. Um número crescente de mulheres jovens escolhe os seus parceiros, levando também em consideração a quantidade de amor e o prazer que eles podem lhes proporcionar.

5) A popularização do uso da cocaína e dos seus derivados. As conseqüências deste uso para a vida em família e para as relações de gênero têm sido, até agora, pouco enfatizadas tanto na pesquisa quanto na intervenção.

6) A criminalidade, (as gangues ou *pandillas* e envolvimento com os escalões mais baixos das redes de drogas), o uso de drogas e a violência policial — geralmente estes três fatores são interconectados — são as causas principais da morte de homens jovens. Isto vem reduzindo ainda mais o grupo de homens em condição de casamento — a cesta dos parceiros.

7) Este 'grupo' também é afetado pelo fato de que as mulheres jovens, principalmente nos grupos de classe baixa, tendem a ter um desempenho escolar melhor do que o dos homens jovens. Isto configura uma dramática mudança nas gerações, uma vez que mostra uma inversão da situação passada, na qual as mulheres tinham um nível educacional menor. É claro, esta melhoria no nível educacional das mulheres jovens está ocorrendo dentro de um contexto de uma piora rápida na qualidade do ensino público — que, no Brasil, possivelmente é mais acentuado do que nos outros três países. O ensino se expandiu, mas é de qualidade ruim (não está melhorando tanto, nem na medida nem na direção exigidas pelo mercado de trabalho) e apresenta altas taxas de evasão escolar. Reivindicações quanto a um ensino anti-racista e ao uso de campanhas escolares sobre os direitos de saúde reprodutiva precisam se dar conta desta realidade do ensino público.

8) A noção de 'parceiro ideal' está mudando rapidamente — o marido e a mulher esperam coisas novas e diferentes das do passado. Um número cada vez maior de jovens, talvez principalmente de homens jovens, não consegue competir de forma 'justa' no mercado matrimonial — e se sente excluído.

9) O enfoque da identidade da juventude em torno do consumismo, em vez da própria função no processo de produção, que está se tornando cada vez mais rarefeito, tem implicações sérias na construção dos papéis e das relações de gênero. A polaridade tradicional honra/homem *versus* vergonha/mulher está sendo redefinida em torno de uma polaridade um pouco diferente — reputação/homem *versus* respeitabilidade/mulher.

10) Um grande grupo de jovens, principalmente de homens jovens, sente-se mais incerto do que nunca em relação ao seu papel de gênero — como um homem típico deve se comportar. Isto leva a uma demanda crescente por igualdade em papéis de gênero, o que causa uma confusão na construção da masculinidade centrada no poder e nos privilégios masculinos inquestionáveis.

11) A violência doméstica e a negligência dos filhos são mais explícitas do que antes. Mudanças legais e culturais fizeram com que reclamações, queixas e processos por parte das vítimas se tornassem mais fáceis do que antes nos quatro países.

12) Embora, em termos gerais, as noções de beleza tradicionalmente celebrem o cabelo louro e os olhos azuis, geralmente associados à classe e ao *status*, quando o prazer e o amor estão em jogo, e estes estão se tornando exigências cada vez mais populares na escolha de um parceiro, as noções de beleza variam bastante — e tendem a ser mais morenas. Mesmo que estas mudanças ainda não tenham sido reconhecidas em concursos nacionais de beleza, elas passaram a ser percebidas nas imagens associadas à cultura jovem e à música popular, e ainda mais nos resultados de várias pesquisas sobre juventude e sexualidade.

13) Noções de prazer sexual e sexualidade são, no geral, componentes importantes da conceituação diária e intelectual de 'raça'. Então, idéias sobre prazer sexual e o 'outro' racial podem confirmar ou subverter o domínio e a hierarquia racial. Afinal, (a busca de) prazer sexual também é um momento na vida onde experiências ('fantasias') são vivenciadas e onde as pessoas sentem que a sua individualidade passa pelo teste mais importante.

14) Uma boa parte da identidade étnica é, no fundo, identidade de gênero. Em muitos aspectos, o gênero é a lente através da qual a identidade étnica é vivenciada. Certas etnicidades e racializações correspondem a um uso específico do corpo, muitas vezes à transmissão de imagens associadas à sexualidade. Nestas imagens, por exemplo, o homem negro surge como forte e amea-

çador ou fraco e sem poder, e a mulher negra como forte e uterina ou sensual e dada ao senhor (branco). Em se falando de representações em torno da sexualidade nas populações definidas como negras, existe uma tendência a haver pouco espaço para qualquer tipo de 'normalidade' (a família nuclear com mãe, pai e dois filhos), assim como para combinações complexas ou intermediárias (comportamentos sexuais não-centrados no hiperenfatizar do par masculinidade/feminilidade). Estas imagens, é claro, são o produto de relações específicas de raça e gênero que, durante a época passada, começaram a mudar. Em outras palavras, estas tendências nas relações de gênero levarão à mudança nas construções da negritude ligadas a gênero.

15) A linguagem corporal e as imagens/discursos sobre sensualidade fazem parte da construção da brancura e negritude nos quatro países, apesar das diferenças demográficas entre eles. E, cada vez mais, a cultura e a identidade negra — e, até certo ponto, as identidades e culturas indígenas nativas — são sustentadas por princípios estéticos vivenciados e expressados no domínio público do lazer e em uma interação estreita com a cultura jovem e a indústria do lazer. Isto explica a alta incidência da internacionalização de vários ícones negros em países diferentes — um bom exemplo é a lanchonete onde fiz muitas das entrevistas em grupo em Aguablanca, chamada Sabor *hip hop*.

Pode-se dizer certamente que a percepção e a experiência da saúde reprodutiva são mediadas pela classe, geração e, freqüentemente, posição étnica. A experiência de identidade étnica e a de saúde reprodutiva estão passando por uma mudança total. Esta mudança ainda não é tratada nas pesquisas nem nas intervenções sociais.

A transformação da intimidade, muitas vezes considerada como um dos produtos principais da modernidade, está tendo efeitos diferenciais. Em vez de apenas fomentar uma única nova condição em termos da experiência geral da sexualidade, do amor romântico e das práticas corporais, parece estar levando a uma renovada fragmentação e diversidade na nossa forma de amar e de vivenciar o corpo e o sexo. Ou entendemos como estes processos funcionam detalhadamente, ou não seremos capazes de apresentar a nossa intervenção em uma linguagem e através de metodologias que estejam em sintonia com a vida cotidiana — isto é sempre relevante, mas talvez seja ainda mais quando lidamos com coisas tão íntimas quanto o corpo, o sangue e o sexo.

As pesquisas sobre práticas sexuais, vida doméstica, discursos e negociações no que diz respeito a papéis de gênero podem ajudar a compreender o que muda, o que permanece relativamente localizado e os tipos de práticas e morais que se tornam mais genuinamente universais.

Nos quatro países em questão, não existe um reconhecimento do campo da problemática e das possíveis intervenções ditas de 'saúde reprodutiva e juventude negra'. Na verdade, este é um campo de pesquisa e de futuras intervenções sociais quase que inteiramente a ser desenvolvido. Isto é importante porque a sexualidade e a etnicidade são geralmente construídas uma em relação à outra. No entanto, é preciso ter cuidado para não se contribuir ainda mais com a naturalização das 'diferenças' raciais e sexuais. O que comumente é visto como específico no comportamento e na cultura sobre a sexualidade dos jovens negros, geralmente foi construído externamente, como parte de uma agenda moral — e moralista — que atribuiu um papel determinado à corporalidade, vida familiar e experiência sexual entre os negros.

Na maioria das organizações e dos grupos de ação sobre saúde sexual que visitei, a questão da etnicidade não é abordada. E quando é, isto não é feito com o mesmo cuidado que se tem com diferenças de geração e de classe — que são de fato duas variáveis fundamentais que influenciam o estilo e a linguagem do trabalho social. Quando a etnicidade é abordada, isto se dá através da aplicação de noções estáticas de comunidade e cultura. Geralmente, diz respeito a um chamado para se retornar às tradições. Isto está muito longe do uso criativo, feito pela maioria dos jovens em questão, de traços associados à cultura dos seus pais, assim como ao passado em geral como marcadores étnicos. Estamos diante de uma contradição porque, embora uma parcela crescente da insatisfação com o *status quo* seja agora verbalizada e expressa em termos étnicos, principalmente entre os jovens, esta insatisfação muitas vezes resulta do sentimento de exclusão do acesso à modernidade e ao consumo — eles não querem voltar ao 'passado étnico'.

Em resumo, as relações entre saúde reprodutiva e 'raça' ou etnicidade não estão sendo abordadas em toda a sua riqueza e complexidade. A inspiração deve ser tirada de um grande número de fontes e campos de intervenção — ou seja, estudos sobre a masculinidade, estudos étnicos e raciais, estudos sobre a juventude, estudos sobre a violência, a criminalidade e o uso de drogas.

Uma perspectiva regional não é apenas útil, já que estes países apresentam tantas semelhanças, mas também fortalecedora, porque as pessoas ativas nestas áreas na América Latina podem adquirir autoconfiança e se tornar menos pessimistas em relação aos recursos locais, ao perceberem que contextos diferentes na região podem servir de aprendizado. Ao criar-se uma rede regional com capacidade de treinamento, pode-se então se relacionar com o filão principal dos estudos sobre saúde reprodutiva — esmagadoramente concentrados no Hemisfério Norte —, a partir de uma posição mais forte e produtiva.

Referências bibliográficas

BARTOLOMÉ, M. & BARABAS, A. (Eds.) *Autonomías Étnicas y Estados Nacionales.* Ciudad de México: Conaculta, 1998.

BELTRÁN, G. A. *Cujila: esbozo etnográfico de un pueblo negro.* Ciudad de México: Fundo Economico de Cultura, 1956.

CIDCA/DEVELOPMENT STUDY UNIT. *Ethnic Groups and the Nation State: the case of the Atlantic coast in Nicaragua.* Estocolmo: Dept. de Antropologia Social, Universidade de Estocolmo, 1987.

FRAZIER, F. 1942. The negro family in Bahia, Brasil. *American Sociological Review,* 4(7):465-478, 1942.

GORDON, E. *Disparate Diasporas: identity and politics in an African-Nicaraguan community.* Austin: University of Texas Press, 1999.

HARVEY, N. *La Rebelión de Chiapas: la lucha por la tierra y la democracia.* Ciudad de México: Ediciones ERA, 2000.

HEGG ORTEGA, M. El régimen de autonomia en Nicarágua: contradicciones históricas y debates recientes. *Alteridades,* 7(14):99-105, 1997.

HERSKOVITS, M. *The Myth of the Negro Past.* Nova York: Harper & Bros., 1941.

HERSKOVITS, M. The negro in Bahia, Brazil: a problem in method. *American Sociological Review,* 8(VII):394-404, 1943.

MACHADO, W. *Diagnóstico socioeconómico de la juventud en Bluefields.* Bluefields: CIDCA/URACCAN, 1998.

MINORITY RIGHTS GROUP. *Afro-Latin Americans Today: no longer invisible.* Londres: Minority Rights Publications, 1995.

MINORITY RIGHTS GROUP. *Afro-Central Americans: rediscovering the African Heritage.* Londres: Minority Rights Publications, 1996.

MOSQUERA, C. & MERCADO, E. *Pandillas juveniles en sectores populares de Cartagena,* 1989. Trabalho de colação de grau, Cartagena: Faculdade de Serviço Social, Universidade de Cartagena.

NASCIMENTO, A. do. *O Genocídio do Negro Brasileiro: processo de um racismo mascarado.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

PÉREZ RUIZ, M. L. Los pueblos indígenas y las paradojas del censo de 1990. *Antropología,* 41:66-79, 1994.

PINTO, E. Aborto numa perspectiva étnica e de gênero: um olhar masculino. In: ARILHA, M. (Org.) *Homens e Masculinidades.* São Paulo: Editora 34, 1998.

QUINTIN QUILEZ, P. *Relaciones interraciales, sociabilidades masculinas juveniles y segregación laboral de la poblacion afrocolombiana en Cali.* Documentos de Trabajo 49, CIDSE, Universidad del Valle, Cáli, 2000.

URREA, F. *Ser hombre negro y joven: construcción de identidades masculinas entre sectores populares excluidos en Cali (Colombia)*. Trabalho apresentando no VII Colóquio Nacional de Sociologia, Universidad del Valle, Cáli, mayo 3-5, 2000a.

URREA, F. *Construcción de redes familiares entre migrantes de la costa pacífica y sus descendentes en Cáli*. Documento de Trabajo 48, CIDSE, Universidad del Valle, Cali, 2000b.

VIVEROS VIGOYA, M. *Dionisios negros: sexualidad, corporalidad y orden racial en Colombia*. Trabalho apresentado na Conferência Internacional sobre Raça, Classe e Gênero, Salvador, abril, 2000.

WADE, P. *Music, Race and Nation: musica tropical in Colombia*, Chicago: Chicago University Press, 2000.

WERNECK, I.; MENDONÇA, M. & WHITE, E. (Orgs.) *O Livro da Saúde das Mulheres Negras*. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2000.

WHITTEN, N. & TORRES, A. (Eds.) *To Forge the Future in the Fires of the Past: blackness in Latin America and the Caribbean*. Nova York: Carlson Publishing, 1995.

Parte II ETNICIDADE E SAÚDE

ETNIA, RAÇA E SAÚDE: SOB UMA PERSPECTIVA NOMINALISTA

José Carlos dos Anjos

Busco cruzar aqui perspectivas geralmente distantes no quadro das abordagens teóricas em ciências sociais, de modo a destacar a pertinência teórica de se correlacionar etnia e concepção de corpo, por um lado, raça e saúde, por outro. Na primeira parte deste artigo, engajo a discussão de raça e saúde numa perspectiva *historicista nominalista.* Sigo nesse esboço a sugestão de Foucault (1997) de que raça, na sua acepção moderna, é categoria correlata de um processo de propagação de uma biorracionalização da governação, da disseminação de tecnologias locais de poder para a administração de populações, visando a constituição do corpo saudável e homogêneo da nação, o adestramento e a maximização das forças produtivas. Sob essa abordagem, o que está em jogo é raça e saúde.

Na segunda metade do artigo, sintetizo uma discussão em torno de abordagens antropológicas que talvez se pudesse reunir sob a classificação de *hermenêutica*[1] *das diferenças culturais.* No quadro das discussões sobre políticas públicas, a contribuição crítica mais instigante das múltiplas formas de hermenêuticas de culturas locais consiste certamente no destacar da distância entre representações locais sobre corpo e saúde e as imagens projetadas pelos

---

[1] A contraposição que assim se desenha entre o historicismo nominalista e qualquer compromisso hermenêutico resulta da leitura de Foucault por Habermas, que entende no filósofo francês "uma despedida da hermenêutica", na medida em que "o esforço hermenêutico almeja a apropriação de sentido, pressente em cada documento uma voz silenciada que deve ser novamente despertada para a vida. Essa idéia de documento portador de sentido deve ser questionada [por Foucault] tão radicalmente quanto a própria atividade de interpretação" (Habermas, 1998: 351). Se num primeiro momento guio-me por essa contraposição, arrisco mais adiante a possibilidade de complementação de perspectivas.

órgãos e documentos oficiais que vêm lidando com a questão da saúde em situações multiétnicas. Sob essa perspectiva, tem sido mais pertinente operacionalizar etnografias de contextos culturais específicos e espaços de fricções interétnicas do que proceder a uma analítica da categoria raça. Aqui, o que está em jogo é a concepção de corpo, doença e cura em contextos étnico-culturais diferenciados.[2]

Se no primeiro enfoque busco exercitar uma metodologia historicista para relativizar categorias e razões sociais, na segunda estão em foco as análises antropológicas sobre concepções locais de doença, corpo e saúde. Por fim, busco fazer convergir as duas perspectivas numa discussão sobre dominação e possibilidades de diálogo interétnico, quando o que está em jogo são políticas públicas, nomeadamente políticas de saúde.

Sob o historicismo nominalista

Numa primeira perspectiva, se imporia que, em primeiro lugar, fosse objetivado o lugar de onde emerge esta injunção a se constituir etnia e saúde como objeto plausível de ciência. Adiando parcialmente a exigência de formulação de constatações substantivas sobre saúde e etnia, pretendo questionar as posições pré-construídas de onde podem emergir discursos que racializam a problemática da saúde de populações.

Serão esboçadas duas vertentes dessa perspectiva que radicalmente historiciza os lugares de onde se pode fazer emergir discursos sobre a saúde com relação a grupos étnico-raciais. Uma, correlacionando trajetórias, interesses e temas públicos, fará a historicização das lógicas políticas que vinculam saúde e etnicidade com a intenção de favorecer etnias vulneráveis ou desfavorecidas, e que tem como principal conseqüência a consolidação das trajetórias mais favoráveis ao trânsito entre universos culturais segregados e a cultura política

---

[2] É certo que a vulgarização da categoria etnia tende a torná-la um substituto corrente para a categoria raça, podendo "bem servir de eufemismo, de substituto politicamente indolor ou ideologicamente manipulador suscetível de substituir ou transformar outras categorias — pense-se naquela de nação ou de povo de usos contraditórios hoje, de classe, de que se proclama a obsolescência, ou mesmo de raça, ao qual se aplica desde há meio século um interdito que alguns sonham contornar" (Adorno, 2000). Pretendo aqui, porém, destacar um espaço de relação entre o modo como a categoria tem sido utilizada por especialistas das diferenças (antropólogos, sobretudo) e sua apropriação nas percepções e formulações de políticas públicas.

oficial. Trata-se de um esforço no sentido de uma socioanálise das posições, dos interesses, das trajetórias e das tomadas de posições dos empreendedores envolvidos com o processo de agenciamento de políticas e pesquisas voltadas para a invenção de um novo tema para as arenas públicas: saúde e etnicidade. Que demanda social, que lógicas de retribuições e qual é a estrutura das modalidades de engajamentos na problemática? Adiarei este exercício de historicização das razões sociais dos empreendedores locais desta problemática para a parte final do artigo.

Na segunda vertente, iniciarei a exegese desconstrutivista discutindo a possibilidade de se expor a articulação de conjunto de uma razão política anônima, autônoma, programática, dispersa e intencional que, exposta em sua gênese, faz aparecer perigosas articulações de dispositivos de regulação de populações. Sob essa perspectiva, a arqueologia dos nossos possíveis pontos de enunciação de discursos atuais sobre raça e saúde recuaria para situar o subsolo da estrutura de possibilidade de nossas posições enunciativas num longo processo de transformação discursiva.

Em vários escritos, Foucault (1984, 1997) desenvolve a tese da emergência, no fim do século XVI, de uma formação discursiva cujo nódulo reside numa utilização binária da categoria raça. A provocação lançada por Foucault é de que a gênese da doutrina racista pode ser percebida na forma como historiadores da França e da Inglaterra do século XVI passaram a codificar, em termos de oposição racial binária, os conflitos em torno do Estado absolutista nascente. Nessa formação discursiva, a categoria raça não se inscreve em registros genéticos nem biológicos, evidentemente. Trata-se, para esses historiadores, de resgatar uma guerra inicial que opôs invasores à população local. A vitória do soberano atual não deve fazer esquecer os rumores de um conflito que não se esgotou, mesmo se a paz dos vencedores e sua memória de feitos heróicos busque apagar a identidade dos perdedores. Dessa história das guerras das raças para a utilização nazista do conceito de raças, há o abismo da diferença nos dispositivos de objetivação. Pretendo explorar na seqüência algumas conseqüências dessa genealogia do discurso racista.

Desse exercício que recua até o século XVI para encontrar na ordem de discursos da história da guerra das raças um construto radicalmente diferente dos usos que fazemos da categoria raça na atualidade, busco retirar apenas o dividendo do historicismo radicalmente nominalista: nenhum compromisso com o essencialismo na objetivação dos processos de racialização.

Ao contrapor a 'história das lutas das raças' ao discurso racista que emerge em fins do século XIX, Foucault (1997) nos coloca na senda de uma análise de múltiplas configurações históricas assumidas por nomes comuns

como 'raça', 'populações', 'saúde'. Sob esse nominalismo historicista, menos do que debater sobre a pertinência de categorias como raça e etnia, somos encaminhados a nos dar conta dos efeitos práticos dos dispositivos de poder que se articulam com discursos locais para constituir configurações naturalizadas de poder-saber.

Menos do que a verdade[3] histórica substancial dessa outra narrativa sobre os discursos raciais, interessa-me aqui os efeitos de descentramento discursivo que a genealogia impõe. Nesse sentido, é particularmente interessante para os nossos debates sobre a pertinência analítica da categoria raça o modo como Foucault dessubstancializa a categoria sem deixar de apresentar os diferentes efeitos de poder e resistência do quadro de poder-saber que lhe é constitutivo.

A história da luta das raças, que emerge por volta do século XVI, nos é apresentada por Foucault (1997) como uma contra-história que não apenas critica, mas também ataca o poder. É o discurso da revolta e da profecia, que, ao dividir a sociedade em duas metades, oferece uma matriz tanto para o discurso revolucionário das classes sociais quanto para o discurso reacionário racialista no século XIX. Na Inglaterra e na França do fim do século XVI, a aristocracia que se opõe ao absolutismo escreve a história da guerra das raças para opor o povo ao soberano. Esse saber histórico que busca reativar um conflito inicial que opõe duas raças é o correlato resistente de um exercício de poder soberano que se define na fórmula do 'deixar viver ou fazer morrer'. O poder do soberano se faz exercer menos pela sua capacidade de cuidar dos súditos do que pela exibição ostensiva da possibilidade de tirar a vida, que é o correlato da magnificente permissão de viver.

No século XX, o discurso sobre a luta das raças se transforma em discurso racista sobre a pureza biológica do povo de uma nação, e isso ocorre correlativamente ao processo de emergência de um biopoder para o qual é fundamental a noção de saúde das populações. Trata-se de uma outra modalidade de poder esta que se assenta sobre a crescente capacidade do Estado de conceder a vida e de gerir a saúde da população de seu território.

---

[3] Utilizo aqui a genealogia de Foucault no sentido proposto por Adorno (2000:96) de que "a história de Foucault não tem como objetivo tornar visível a verdade do passado, mas devolver o que tornou possível essa verdade e a razão pela qual essa razão tem funcionado sobre o objeto da escrita, sobre o presente do sujeito que o enuncia". Trata-se de configurar sob que possibilidades uma configuração de enunciados e relações de poder impõe injunções a que se fale de certo modo de raça, etnia e saúde.

É paralelamente às transformações profundas no discurso sobre as raças que se dá o "nascimento da clínica" introduzindo mudanças radicais na concepção de doença, nos procedimentos para estudá-la, nas relações entre médico e pacientes. A perspectiva de relativização das nossas mais óbvias evidências das 'conquistas' do atual regime de poder saber é fundamental para que se despertem outros efeitos do poder menos visíveis. Se as 'conquistas' da medicina são neutralizadas sob essa perspectiva genealógica, é de modo a se fazer ressaltar a emergência da raça em seu sentido biológico. Correlativamente aos benefícios do novo regime de poder, devem-se explicitar as justificações teóricas que permitam a aceitação do 'deixar morrer' a que partes da população são relegadas.

Entre a problemática da saúde das populações e a questão das raças, Foucault nos propõe uma correlação: quando no século XIX emerge um discurso que torna biológicas as raças, simultaneamente emergem as populações como objeto de políticas públicas. "Deveríamos falar de biopolítica para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana" (Foucault, 1984:134).

E o nominalismo nos impõe aqui constatações radicais: não existem 'populações' antes que exista uma biopolítica; quando a 'saúde' se coloca como questão pública, o homem ocidental emerge racializado:

> Com efeito, o que é o racismo? É, na verdade, o meio de introduzir um corte, nesse domínio da vida de que o poder se encarrega: o corte entre aquele que deve viver e aquele que deve morrer. No *continuum* biológico da espécie humana, a aparição das raças, a distinção das raças, a hierarquia das raças, a qualificação de certas raças como boas e outras, ao contrário, como inferiores, tudo isso vai ser uma maneira de fragmentar o campo biológico de que o poder se encarrega; uma forma de separar no interior da população, alguns grupos em relação a outros. (Foucault, 1997:227, tradução nossa)

Só se pode falar em raças em sua acepção moderna quando a saúde de populações emerge na esfera pública como questão social, quando se dá "a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder — no campo das técnicas políticas" (Foucault, 1984:133). A constituição de uma dimensão biomédica do poder significa, por um lado, a possibilidade e o endereçamento de diversos dispositivos de controle social no sentido da majoração das forças sociais, e, por outro, a qualificação racial dessas

mesmas forças sociais segundo uma lógica do sangue que só o nazismo explicitou e levou às últimas conseqüências.

Nas demais conjunções de dispositivos de biopoder, a majoração de uma parte das forças sociais de acordo com uma biopolítica própria às áreas centrais e a periferização e sobre-exploração das raças inferiores também são fatores de segregação, hierarquização e genocídio, porém bem menos explícitos.[4]

Nesse sentido, gostaria de fazer um breve cruzamento entre os debates recentes a propósito do conceito de raça e etnia, e o campo que se abre na articulação dessas categorias, com a questão da saúde e, mais especificamente, da saúde reprodutiva. Desde que a desconstrução da categoria raça, sob o duplo efeito da monumentalização da perversidade do nazismo e do desmoronamento, pelo menos no espaço da ciência, do evolucionismo e do etnocentrismo pelo impacto particular de diversas e consistentes perspectivas antropológicas, o debate sob a pertinência analítica da categoria raça tem emergido com particular tensão no Brasil.

Os intelectuais repetidamente enfatizam a "não-cientificidade" da categoria (Adesky, 2001:134 — só para citar apenas uma das abordagens ao tema mais recentes no Brasil), ao mesmo tempo em que, sob o impacto das contundentes denúncias e reivindicações do movimento negro, o racismo brasileiro aparece cada vez mais como tema incontornável. Meu argumento básico vai no sentido de colocar o conceito foucaultiano de biopoder no centro dessa discussão sobre a pertinência das categorias raça e etnia para a análise da formação social brasileira. Seguindo esse programa nominalista, as duas categorias devem ser correlacionadas menos às realidades que designam do que aos processos de objetivação que acionam. Trata-se menos de 'coisas sociais' do que de práticas discursivas articuladas em dispositivos mais ou menos poderosos de poder-saber, conforme o que esteja em jogo sejam correlações locais para

[4] A correlação entre o capitalismo, o racismo e a biopolítica subjacente às políticas de saúde dos Estados modernos nos é apresentada por Foucault como uma articulação rizomática: "Os rudimentos de anátomo e de biopolítica, inventados no século XVIII como técnicas de poder presentes em todos os níveis do corpo social e utilizadas por instituições bem diversas (...) agiram no nível dos processos econômicos, do seu desenrolar, das forças que estão em ação em tais processo e os sustentam; operam também como fatores de segregação e de hierarquização social, agindo sobre as forças respectivas tanto de uns como de outros, garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia; o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro foram, em parte, tornados possíveis pelo exercício do biopoder com suas formas e procedimentos múltiplos" (Foucault, 1984:132).

conformação de comunidades remanescentes de quilombos, ataques neonazistas ou manifestações do movimento negro em Brasília.

Quando populações alojadas em espaços contíguos são submetidas a tratamentos diferenciados conforme o grau de proximidade a um ideal de raça-nação, os processos de regulação de populações são, por um lado, incentivos ao crescimento das forças sociais e, por outro, estabelecimento de dispositivos de genocídio. Se nunca houve tantos instrumentos de controle do crescimento populacional,[5] talvez seja porque o que está em jogo, além da majoração das forças sociais, seja o ajuste de projetos raciais.

O discurso racialista que emerge na Europa, no século XIX, correlativamente a dispositivos de biopoder, se dissemina pelas novas nações com urgência tanto maior quanto está na ordem do dia a construção da nacionalidade. E no Brasil[6] que emergia da colonização e do fim do sistema escravista, esse discurso racialista iria reorganizar os sistemas de percepção e, conseqüentemente, produzir os espaços para novas modalidades de dominação, que se alimentam numa utilização peculiar dos dispositivos de biopoder.

Quando Sílvio Romero, Euclides da Cunha, Alberto Torres e até Gilberto Freyre estabelecem uma regularidade discursiva que se dispersa em pontos de vista em torno dos pólos de irradiação nação, raça e mistura, não estão apenas propondo interpretações, mas contribuindo para práticas que equacionam com mais ou menos eficiência a problemática da homogeneização racial da nação. Esse projeto que se torna cada vez mais anônimo, distante das formulações originais, disperso numa série de fragmentos de discursos mais ou menos diretamente articulados a práticas higienistas, talvez não tenha se esgotado como articulação de práticas locais, mesmo se nenhum grupo social o tenha em mente.

---

[5] As positividades discursivas em torno da saúde pública emergem como formação discursiva ao lado do discurso racialista numa mesma articulação de conjunto para o controle populacional: "Aparecimento, também, no terreno das práticas políticas e observações econômicas, dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração; explosão, portanto, de técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações. Do lado das regulações de população a demografia, a estimativa da relação entre recursos e habitantes, a tabulação das riquezas e de sua circulação, das vidas com sua duração provável" (Foucault, 1984:132).

[6] Vários autores têm chamado a atenção para a necessidade que a elite intelectual brasileira de fins do século XIX tinha de pensar a pluralidade racial nascida do processo de colonização. O nominalismo que se nos impõe aqui faz perceber que o novo sistema de percepção racial que emerge então não se limita em repensar uma matéria previamente dada (a ameaça à pureza racial que os negros representam), ele a inventa.

Minha leitura é a de que, ao lado da positividade de práticas como o incentivo à imigração de populações oriundas da Europa, outras de invisibilização de populações nacionais para as políticas públicas, como as de saúde, nomeadamente produziram as raças no Brasil pós-colonial. Nesse sentido, não se diria que os negros são vítimas da ausência de políticas de saúde consistentes, mas que o modo como se (não) montam as políticas de saúde é o constitutivo do ser do negro no Brasil.

Sob essa perspectiva nominalista,[7] surgem indagações pertinentes sobre a relação entre as epidemias e os grupos sociais de maior vulnerabilidade social. Se o Estado moderno só exerce seu poder de morte 'deixando morrer', o fato de os negros no Brasil estarem mais sujeitos à falta de informação, meios de prevenção e acesso a serviços de saúde se inscreve no quadro de uma formação social historicamente racista. A expansão da Aids afetando mais a negros deve assim ser equacionada a um sistema de correlações de força não projetado em sua integralidade, mas que funciona sob o pressuposto racista da seleção e proteção da raça branca contra as demais raças. A pertinência da categoria 'raças' passa a estar intrinsecamente vinculada à existência de desigualdades ligadas ao modo de operação de mecanismos sociais sutis — a educação escolar, a seletividade do mercado de trabalho, a pobreza, a organização familiar.

Do embate entre anti-antietnocêntricos e anti-anti-realtivistas

Análises encaminhadas sob a perspectiva esboçada anteriormente têm sido criticadas pela ausência de uma expressão positiva da resistência. O escopo crítico do nominalismo parece reduzido quando não se deixa complementar por análises das construções, linguagens e convicções efetivas dos grupos e povos que configuram alteridades culturais sob muitos aspectos resistentes às imposições das múltiplas modalidades de poder em formato ocidental. É essa outra dimensão que estudos na perspectiva de uma hermenêutica das diferenças culturais sempre enfatizaram. A antropologia, ao colocar ênfase na nature-

[7] Adotamos aqui a leitura de Rajchman (1987:47) do sentido em que a genealogia proposta por Foucault é nominalista: o que elas analisam "não são histórias de coisas, mas de termos, categorias e técnicas, através dos quais certas coisas tornam-se certos momentos, o foco de toda uma configuração de discussão e de procedimento".

za intersubjetiva dos significados culturais partilhados, pode deslocar o foco de análise dos discursos e efeitos de poder majoritários sem cair nas análises comportamentais que durante décadas exauriram o tema da saúde reprodutiva nas análises psicossociais. O enunciado básico que me permitiria reunir aqui uma série de abordagens heterogêneas sob um mesmo escopo é a formulação de que 'corpo', 'cura', 'doença', 'saúde' e 'sexualidade' são construtos sociais que ganham configurações diversas conforme a cultura em questão.

Duas frentes de embate esboçam os contornos externos desta perspectiva de pesquisas: contraposição aos estudos comportamentais, por um lado, e, por outro, aos enfoques antropológicos clássicos enviesados etnocentricamente quando o assunto em questão é saúde e comportamento sexual. Tal como a primeira perspectiva teórica discutida anteriormente, este enfoque pode ser visto como crítica às abordagens racionalizantes ocidentais nomeadamente à aplicação de categorias biomédicas a contextos não-ocidentais. Distancia-se, contudo, de um exame mais exaustivo da expansão da razão tecnicista para se concentrar nos aportes culturais alternativos aos ocidentais no que efetivamente as outras culturas têm a dizer.

Mas a evocação de um exemplo muito simples pode explicitar os impasses dessa abordagem quando se sai da análise de microcontextos culturais para a avaliação de situações mais amplas de fricção interétnica, intervenção político-científica e implantação de políticas públicas de saúde. Diante do exemplo de um indígena alcoólatra que é mantido num custoso tratamento de diálise, apesar da intransigente opção por continuar bebendo, Geertz (2001) e Rorty (1994) tecem avaliações diametralmente opostas. Para Geertz, o desconforto dos médicos, ao manterem o paciente sob um tratamento que melhor serviria a outros mais propensos em seguir suas indicações, ilustra o dilema moral das sociedades 'esclarecidas' quando confrontada com valores e comportamentos hostis às suas próprias crenças e comportamentos 'liberais'. Uma discussão paradigmática dos impasses na avaliação dos confrontos interculturais quando o que está em jogo são questões de identidade étnica, direito e políticas de saúde.

Ao qualificar de 'caso difícil' o fato de que a contragosto os médicos tivessem mantido o paciente até a sua morte, Geertz reclama um espaço e uma modalidade de exercício prático da imaginação própria à sua disciplina. Geertz usa o exemplo para alfinetar liberais moderados por um lado e anti-antietnocêntricos por outro. A posição liberal moderada é reconhecida, por exemplo, na tolerância desesperada do cosmopolitismo da Unesco (Geertz, 2001). Mas é o anti-antietnocentrismo de Lévi-Strauss e Rorty que são atacados de forma mais contundente.

Rorty, por sua vez, triplicou enfatizando que médicos não precisam avaliar o valor das vidas que salvam, assim como advogados não precisam se inquietar exageradamente com a moral daqueles a quem defendem, nem os professores devem fazer uma triagem dos alunos que efetivamente aproveitarão seus ensinamentos. Se a lógica da área de especialização de Geertz lhe permite entender o que significa ser índio antes, durante e após a conquista de sua tribo pelos brancos, e a relação de tudo isso com o caminho terrível do índio bêbado, isso não quer dizer que outros especialistas, incapazes de se colocar nessa especial sensibilidade para com a alteridade, estejam no escuro quando lidam com diferenças culturais desse tipo — argumenta Rorty. Cabe à especialidade do antropólogo "fazer estender os limites da imaginação social, abrindo portas para a justiça procedural" (Rorty, 1994:236) para essas alteridades excluídas a ponto de o índio poder ganhar o primeiro lugar na lista de espera pelo atendimento médico, apesar de sua etnia e conduta alcoólatra. Para o autor, o exemplo não trata de um caso difícil nem do ponto de vista moral nem do ponto de vista legal: "É a honra moral da nossa sociedade que é remetida aos mecanismos da justiça procedural" (Rorty, 1994:236).

E é sobre essa disputa de espaços, lógicas e sensibilidades que eu gostaria de tecer as considerações centrais deste artigo. Em toda essa discussão, quero enfatizar, para efeitos de minha argumentação, o mérito de Rorty em expor a existência de espaços de especialistas que não podem ter a mesma vocação à imaginação que tem o antropólogo, porque estão engajados em outras lógicas também vitais ao conjunto da estrutura democrática:

> Em outros termos, uma tal democracia emprega e habilita simultaneamente especialistas da diversidade e guardiãs do universal. (...) os progressos morais dos últimos séculos devem-se mais aos especialistas da particularidade — historiadores, romancistas, os etnógrafos e os jornalistas de escândalos, por exemplo — que aos especialistas do universal que são os teólogos e os filósofos. (...) O gênero de anti-anti-relativismo que descreve Geertz não tem nada de incompatível com esta esperança. (Rorty, 1994:238)

Mesmo sem aplaudir esse anti-antietnocentrismo como agenda de relacionamento intercultural, é preciso reconhecer a pertinência de uma reflexão, não tanto sobre os limites, mas sobretudo quanto às condições sociológicas da pretensão universalista da especial sensibilidade e imaginação antropológicas.

Citei esse exemplo para encaminhar a discussão para a segunda vertente de um historicismo nominalista, que recai precisamente sobre os mediado-

res culturais e suas especialidades. É aqui que é preciso reintroduzir a questão das relações de poder na produção da objetividade da realidade identitária. Lembro-me aqui da nota de Bourdieu (1996) de que as classificações práticas estão sempre subordinadas a funções práticas e orientadas para a produção de efeitos sociais. Isto é, quando aquele que classifica está dotado de autoridade (reconhecimento social para fazê-lo), sua ficção não é destituída da eficácia de fazer existir aquilo de que fala (raça, nação, região, etnia), pelo poder de impor um reconhecimento que seu enunciado carrega, fazendo existir, num determinado momento, aquilo que, em outras conjunturas, já fora apenas uma possibilidade inscrita no real.

O que toda essa discussão em torno da intersubjetividade tecida por Rorty (1994) e Geertz (2001) não chega a levar em conta são exatamente as lutas sociais pelo poder de definição das divisões do mundo social. O fato de que na própria contenda entre esses principais representantes de suas respectivas disciplinas está em jogo o poder simbólico que pode impor o reconhecimento das especialidades e sensibilidades adequadas à mediação.

Mediações na dominação e nas resistências étnico-raciais

Nas análises de situações de plurietnicidade, tem se enfatizado os processos de produção e utilização de etiquetas étnicas cuja estrutura é descrita como mapa cognitivo por meio do qual os atores orientam-se em suas interações. O que a perspectiva interacionista geralmente negligencia são as dimensões de poder das situações de fricção interétnica, que não se dão unicamente como exposição contrastiva de símbolos diacríticos, mas também na supressão da possibilidade da fala pública à etnia dominada, o que produz efeitos de invisibilização difíceis de tratar sob a óptica do contraste. Seguindo Bourdieu (1999), poderia dizer que a relação de dominação racial coloca o racialmente dominado no lugar da desonra, e, nesse lugar da desonra, o outro é objeto de prazer, de políticas higienistas, de controles e de acusação de uma sexualidade não-domesticada:

> Verdade do estatuto conferido às mulheres que se revela ao contrário na situação limite (...). Ao inverso do uso patri-local, vem residir na casa da esposa e passa a circular como mulher, isto é, como objeto (...). A masculinidade mesmo vendo-se assim posta em questão (...) [e] os subterfúgios que a família humilhada põe em ação para salvar a aparência da sua honra e, na medida do possível, a do 'homem objeto' que, anulando-se como homem, põe em questão a honra da família que o recebe. (Bourdieu, 1999:55)

A relação entre etnia, saúde, sexualidade e gênero se articula de modo particularmente estrito quando vemos o modo como a dominação étnica coloca a etnia dominada numa posição similar à do gênero dominado: a de objeto de apreciação e de mediações que o retiram do lugar de sujeito para tornar necessário o lugar de porta-voz.[8]

Poderíamos falar aqui de uma complexa relação de homologia estrutural entre a dominação étnica e a dominação de gênero que faz com que grupos racialmente dominados estejam como que circulando por territórios de outrem, o que favorece a invisibilização, impõe uma certa censura às possibilidades de falar em nome próprio, produz esse lugar objetificado e, sobretudo, estrutura todo um espaço para a emergência de mediadores tanto mais ventríloquos quanto identitariamente distanciados do grupo que submetem à objetivação. É também por essas homologias estruturais que as ideologias da sexualidade se fazem carregar de pressupostos sobre raça.

Se esse for o lugar estrutural das populações racializadas, surgem indicações de correlações entre uma sexualidade concebida irrompendo contra a cultura — a erótica selvagem do dominando — e a vulnerabilização da saúde reprodutiva dessas populações. Típica profecia que tende a se realizar sob os efeitos conjugados de condições objetivas de exclusão (do acesso ao emprego, à saúde etc.), e incorporação subjetiva do estigma de que a correlação entre raças dominadas e doenças sexualmente transmissíveis tende a ser um dos mais eficazes mecanismos de genocídio. Aqui, o tema da violência simbólica — cujo término é uma somatização das relações sociais de dominação ao final de um extraordinário processo que legitima a relação de dominação inscrevendo-a em uma natureza — ganha um novo conteúdo: populações são racializadas por um processo de somatização, no qual o resultado pode ser a eliminação fí-

[8] Transpomos as constatações de Bourdieu da questão de gênero para a étnica quando o sociólogo ressalta o processo de circulação como imposição da condição de objeto: "É na lógica da economia de trocas simbólicas — e, mais precisamente, na construção social das relações de parentesco e do casamento, em que se determina às mulheres seu estatuto social de objetos de troca, definidos segundo os interesses masculinos, e destinados assim a contribuir para a reprodução do capital simbólico dos homens —, que reside a explicação do primado concedido à masculinidade nas taxinomias culturais. O tabu do incesto, em que Lévi-Strauss vê o ato fundador da sociedade, na medida em que implica o imperativo de troca compreendido como igual comunicação entre os homens, é correlativo da instituição da violência pela qual as mulheres são negadas como sujeitos da troca e da aliança que se instauram através delas, mas reduzindo-os a condição de objetos, ou melhor, de instrumentos simbólicos da política masculina" (Bourdieu, 1999:56).

sica dos designados para o lugar de raça inferior, por uma naturalização de uma sexualidade exposta a processos violentos de vulnerabilização às doenças.

A censura que se impõe à ocupação do espaço e, sobretudo, da fala pública por parte das etnias dominadas é fecunda para a constituição de espaços para especialistas na medição política. As múltiplas formas de resistência aos processos dominantes de racialização e genocídio abrem espaços para mediações político-culturais que tendem cada vez mais a produzir processos de etnogêneses. O que está em jogo nesses processos de mediação cultural é a transmutação de resistências locais e circunscritas em problemas que irrompem as arenas públicas e podem se impor como legítimos para agentes e instituições com condições e legitimidade para disseminá-los. Instala-se, assim, um espaço de concorrência para a mediação em que especificidades profissionais e outros capitais acumulados em trajetórias político-culturais se oferecem para a manipulação das relações sociais que permitem a monopolização da condição de porta-voz legítimo dos segmentos expostos aos processos de racialização.

Nessa competição, os atores intervêm em nome de grupos institucionalizados. Mas tais grupos são eles mesmos estruturados por uma concorrência interna e por debates contraditórios.

Analisar as discussões internas ao espaço da militância do movimento negro ou do espaço da antropologia e da sociologia voltadas para a questão étnica, ou ainda dos agentes de políticas de saúde, por exemplo, permitiria compreender como o problema social 'raça/etnia e saúde' vem se constituindo em espaço público para a mediação de agentes oriundos de diferentes campos e que buscam normatizar a problemática. São os parâmetros mais gerais dessa segunda vertente de uma hermenêutica alicerçada na suspeita que esboçamos em seguida.

As lógicas de engajamento nas medições por políticas de saúde

A primeira sugestão para uma reflexão mais acurada sobre as lógicas de engajamento na problemática saúde-etnia é quanto ao caráter tardio da ressonância nas arenas públicas da problematização da vulnerabilização das condições de existência de raças dominadas por doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente a Aids. Uma comparação acurada com o processo de problematização com relação à outra categoria social estigmatizada, os homossexuais, talvez demonstrasse uma defasagem temporal pertinente. Ao se tomar, por exem-

plo, o momento de emergência da Aids como problema público de saúde no Brasil, é possível avaliar positivamente a reação de setores públicos:

> Das decisões adotadas pela Secretaria de Saúde de São Paulo, chamam a atenção à resposta imediata, a proposta de envolver a comunidade, o reconhecimento da legitimidade da demanda mesmo que procedente de um setor socialmente minoritário e a ausência de postura discriminatória ou estigmatizante. (Teixeira, 1997:47)

Por conseguinte, a primeira indicação nos encaminha para a genealogia dos processos de emergência desse tipo de problemática, o que significa avaliar tanto a trajetória dos problemas socialmente pertinentes quanto dos agentes que os edificam no espaço público. Impõe-se aqui como programa de pesquisa analisar o processo de construção social da demanda, os indicadores do peso social dos agentes em questão e dos recursos (políticos, de relações sociais e financeiros) disponíveis. Mais ainda, é necessário que se leve em conta o grau de distância em que os empreendedores se colocam em relação aos grupos objetivados pela 'causa', a relação entre os lugares de enunciação dos discursos sobre o problema social e a identidade e o recorte da população objetivada.

No caso da relação entre etnia e saúde, se verifica de início que os discursos sobre o problema — políticas públicas para a população afro-descendente — constituem posições de sujeito de enunciação a partir de lugares de identidade distantes em relação ao público-alvo. Insisto no quanto pode ser heuristicamente pertinente uma comparação com o processo que elevou os homossexuais, esse 'setor minoritário da população', à visibilidade pública quanto à problemática da Aids. Gostaria de chamar a atenção para o fato de que, entre as condições que possibilitaram a ressonância dessa demanda nas arenas públicas, uma delas foi terem os mediadores constituído o lugar da luta por direitos de um setor minoritário da população, os homossexuais como espaço de enunciação que era interno à identidade do grupo estigmatizado.

Esse processo de institucionalização de uma identidade particular como o lugar de enunciação pública do problema do (e pelo) grupo favorece o processo de universalização de políticas em duas medidas. Primeiro, porque encurta a distância entre as sensibilidades locais e sua ressonância nas arenas públicas. Em segundo lugar, porque, ao favorecer a promoção de mediadores locais à condição de *brokers*,[9] permite que visões mais distanciadas da cultura política instituída possam emergir como heterodoxias que retiram sua legitimidade de uma maior proximidade das vivências localmente referenciadas.

Pretendo aqui argumentar que a acumulação de capital político por parte de agentes oriundos de identidades e atividades locais pode favorecer o agenciamento de leis e resoluções com cada vez maior potencial de universalização[10] no equacionamento de políticas públicas.

Nesse sentido, é interessante verificar que a problemática Aids/homossexuais só ganhou importantes dividendos públicos positivos quando foi incorporada por grandes ONGs, que podiam levantar questões com escopo cada vez mais universais, a partir de lugares de enunciação alicerçados na história particular da estigmatização dos homossexuais (Galvão, 1997).

A mesma coisa poderia ser pensada em relação à problemática etnia/Aids. De todo o modo, o que está em jogo simultaneamente ao processo de consolidação da problemática nas arenas públicas é a gênese do próprio grupo como portador da problemática. A luta pela definição do caráter da relação entre o problema social e o grupo social é uma típica luta que reinventa o grupo ao inventar o princípio de legitimidade de sua demanda. "A luta se localiza, portanto, no princípio de construção da classe (social, étnica, sexual etc.): todo e qualquer grupo é palco de uma luta pela imposição do princípio legítimo de construção dos grupos" (Bourdieu, 1996:120).

À medida que a questão étnica se consolida na esfera pública como demanda à criação de espaços de mediação das diferenças culturais, especialistas de variadas esferas são chamados a contribuir em processos de etnogêneses, seja incorporando a setores respectivos do Estado, em adendos, conteúdos parciais, com freqüência apenas performáticos, de saberes locais; seja dialogando com mediadores locais na reconstituição de fronteiras comunitárias.

---

[9] Wolf (1971: 66) conceitua como *brokers* uma espécie de mediadores que desempenha funções cruciais de articulação entre segmentos sociais e as estruturas estatais mais amplas da nação. "A posição destes 'mediadores' (*brokers*) é exposta, uma vez que, como Jano, eles olham em duas direções ao mesmo tempo. Eles precisam servir a alguns dos interesses atuando ao nível da comunidade e da nação, e precisam conviver com os conflitos surgidos pela colisão de seus interesses. (...) Assim, eles freqüentemente agem como estabilizadores entre os grupos, mantendo as tensões que fornecem a dinâmica de suas ações".

[10] Quanto às possibilidades de se chegar a alguma espécie de universalização, é preciso concordar com Bourdieu (1998:94) que "não existem os universais trans-históricos da comunicação, como querem Apel ou Habermas; mas existem formas socialmente instituídas e garantidas de comunicação que (...) conferem sua plena eficácia a mecanismos de universalização". Encontrar e instituir esses mecanismos de universalização no espaço de políticas públicas com relação a minorias étnicas requer uma lógica de concorrência e controles mútuos entre os mediadores, que está longe de se ter garantido no espaço político brasileiro como pretendo discutir adiante.

O que se estabelece nesses processos é um quadro de concorrência pela monopolização da fala pública legítima em nome dos interesses da etnia dominada, que envolve administradores, antropólogos, agentes de justiça, militantes do movimento negro, sindicalistas, entre outros. Sob lógicas de engajamento e de retribuição muito diferenciadas, portadores de recursos substancialmente desiguais tendem não apenas a produzir retóricas diferentes, mas com freqüência envolvendo agressivos jogos de força.

Contra a essencialização dos símbolos mais diacríticos de identidade étnica, os antropólogos estão com freqüência esgrimindo novos detalhes técnicos de uma particularização mais minuciosa das identidades em emergência, totalizando os detalhes em complexos textos culturais para cuja produção os militantes não podem concorrer. Sobretudo, os antropólogos vêm nos últimos anos insistindo em recuperar metanarrativas sobre a identidade nacional que se contraponham à 'importação' militante de discursos raciais essencialistas.[11] Envolvidos num espaço de mediação e concorrência que demanda dos cientistas o exercício do lugar de censor público, antropólogos vêm fazendo um uso social da ciência assente, sobretudo, na exibição e pretensão de uma sensibilidade às diferenças étnicas que os transformam nos 'porta-vozes naturais' dos mais diminuídos da condição de exercício da fala pública.

De outro lado, os militantes do movimento negro tendem a legitimar o assalto ao monopólio da fala pública em nome de uma outra modalidade de sensibilidade social. Ela é 'mais à flor da pele', construída na edificação de narrativas biográficas alicerçadas na lógica do ressentimento e, sobretudo, num antiintelectualismo tanto mais agressivo quanto maior a condição de dominado não apenas no espaço acadêmico, mas, principalmente, nesse espaço de mediação em que posições acadêmicas podem ser reconvertidas em formas de capital político.

Acusados de importação de problemáticas de uma realidade racial diferente da brasileira — na verdade, nessa luta pela definição das propriedades pertinentes à condição de porta-voz legítimo das diferenças subjugadas —, os militantes se alimentam tanto de símbolos do Atlântico Negro como do processo de retradução dos resultados das pesquisas antropológicas. Na debilita-

---

[11] A posição construtivista de boa parte dos antropólogos brasileiros com relação às discussões sobre as categorias raça e etnia tem pecado, geralmente, por concorrerem com o movimento negro na definição do que seria a categorização mais legítima, quando essa parte do construto social deveria ser levada em conta em sua contribuição para a reconstituição das nominações e, portanto, do real que é sempre um arbitrário social.

ção das tomadas de posições dos militantes, pesa o fato da destituição das condições de produção desses discursos que detalham tais 'modos de viver' exemplificados para resgate de políticas especiais. Pouco preparados também para o detalhamento dessas políticas especiais — e, sobretudo, precariamente situados numa perspectiva global, o que reforça a impressão de uma racionalização discursiva muito embrionária —, os militantes do movimento negro perdem dos dois lados da corrida em direção à legitimação da condição de representante legal de uma causa já amplamente reconhecida pelos esforços do mesmo movimento.

A debilitação da posição e das tomadas de posição da representação negra favorece a limitação da sensibilidade pública para com os efeitos do racismo e reduz os compromissos estatais para com o anti-racismo à retórica, de tal modo que, quando as políticas de saúde chegam, por exemplo, aos setores com menos poder de mobilização de recursos, elas estejam esgotadas sob vários aspectos. Retardadas comparativamente às demandas de outros setores, deslegitimadas pela luta com os agentes oriundos da academia dotados de recursos de construção de mais amplas audiências, as demandas do movimento negro ascendem debilitadas às arenas públicas, produzem retornos deficitários para os militantes engajados na problemática e pouca eficiência na proteção efetiva do público-alvo.

Por outro lado, os políticos profissionais — sobretudo os de esquerda,[12] voltados para as políticas sociais — têm buscado e conseguido, graças a seus recursos políticos, tomar a direção do processo suscetível de servir de vetor a essas demandas étnicas, e lhes concedem direções mais conformes às lógicas políticas de engajamento e à busca de retribuições a que eles estão acorrentados. Mesmo se as tomadas de posições desses políticos profissionais parecem obedecer a princípios de produção éticos (sob a idéia da justiça social ou da defesa dos oprimidos), na verdade a utilização desse repertório se revela muito rentável politicamente por ser muito evocador, suscetível de múltiplas traduções junto aos profanos e, por isso, fonte de mobilização alargada. Voltados para uma lógica que busca menos a precisão das modalidades de equacio-

---

[12] Mas é preciso aqui considerar que "estranhas homologias aproximam os partidos ideologicamente mais distantes quando eles ocupam as mesmas posições" (Gaxie, 1990:193). Mais adiante, Gaxie acrescenta: "Repousando sobre distinções simples — individual contra coletivo, responsabilidade ou solidariedade, generosidade ou gestão, serviço público ou setor privado, social ou econômico — é um dos mitos — com certeza o mito — fundador das clivagens políticas".

namento das políticas do que sua inscrição solene nos rituais da política, é a representatividade social desses políticos mais do que a especialização que parece nortear a prática profissional imbuída de um forte senso de reciprocidade e fidelidade nas trocas interpessoais.

Prensados entre políticos e especialistas das diferenças, os militantes se vêem aliciados a modestas carreiras que expressam posições dominadas em cada um desses campos. Quando se reproduz nos espaços de mediação a lógica dominante mais ampla que submete os representantes da etnia dominada à condição de dominados, talvez devêssemos, mais do que conceituar em termos (de fricções) étnicos, categorizar como dominação racial (e genocídio) tal como discutido na primeira parte deste artigo.

Da especialização das condições do diálogo argumentativo

Seria interessante verificar em que medida as distinções que fizemos anteriormente entre políticos profissionais e especialistas das diferenças, por um lado, e militantes locais, por outro, permitiria equacionar as questões decisivas levantadas por Oliveira na distinção entre políticas indigenistas e políticas indígenas.

> É assim que, como modalidade de atuação governamental, considero que a política indigenista deva ser capaz de auto-avaliar-se sistematicamente com vistas a atender aos requisitos mínimos de uma ética (...) Quanto à política e/ou políticas propostas pelos próprios índios e por suas lideranças, elas serão mencionadas como políticas indígenas. (Cardoso de Oliveira, 2000:214)

A partir dessa distinção, a questão decisiva passa a ser a de verificar em que medida o espaço de concorrência pela mediação político-cultural das diferenças étnicas comporta condições para conformar uma comunidade de argumentação, nos termos propostos por Apel e retomados por Habermas,[13] se o que está em jogo é a confrontação entre agentes de políticas indigenistas e lideranças indígenas.

---

[13] "Está relacionado com o que se poderia chamar de organização do campo político indígena, i. e., não indigenista, como condição de possibilidade de um verdadeiro diálogo que efetivamente sejam admitidas como representantes de seus respectivos povos e que venham a poder instituir, por consenso negociado junto ao Estado, as regras de uma interlocução aberta e democrática. (...) dificuldades encontradas na atualização da própria ética discursiva em amplos

Sob a perspectiva historicista que adotei desde o início deste artigo, teria que considerar, em primeiro lugar, que o caminho de ascensão a esse espaço de mediação é aberto menos por processos argumentativos do que por golpes de força. Em segundo lugar, não sendo esse espaço um lugar de interlocução interpares, toda a interação militantes-políticos, militantes-antropólogos e antropólogos-políticos coloca em justaposição as estruturas sociais que facultam recursos a esses agentes sociais. Nesse tipo de interação, o peso do capital político ou cultural propiciado por essas estruturas se impõe com uma violência simbólica desmesurada em relação aos potenciais argumentativos dos diálogos que aí se estabelecem.

Mesmo considerando o fato de que "começam a surgir líderes indígenas bastante competentes no uso da linguagem do pólo dominante" (Cardoso de Oliveira, 2000:227), é preciso também que se leve em conta a autonomização das estruturas das relações de mediação, os constrangimentos ritualísticos específicos desse espaço de interação, as suas regularidades discursivas, as correlações de força entre posições e os limites nas possibilidades de se produzir tomadas de posições simultaneamente novas e credíveis. As lideranças das etnias dominadas só se tornariam "interlocutores capazes de se movimentar no interior de normas do discurso hegemônico" depois de pagarem o preço de um distanciamento da identidade, da linguagem, dos interesses de seus representados? A "argumentação audível e inteligível no interior do campo" (Cardoso de Oliveira, 2000:227) político hegemônico é ainda uma fala indígena? As lideranças que ascendem à posição de políticos profissionais continuam se encarregando das aspirações de seus grupos de origem ou são levados aos jogos específicos da autonomia desse espaço de interação política?

Aqui se impõe ir além das derivações da hermenêutica e da fenomenologia quanto ao caráter comum da traduzibilidade na passagem entre universos culturais socialmente distantes e da "*Versthen* como condição ontológica da sociedade humana" (Giddens, 1998:291).[14] Para responder a essas questões

---

espaços interculturais, como soem ser os que envolvem as relações dialógicas entre os povos indígenas e o Estado nacional, isto é, no macro espaço de interseção entre políticas indígena e indigenista" (Cardoso de Oliveira, 2000:215).

[14] Engajamentos da sociologia em perspectivismos do tipo proposto por Giddens (1998) ao retomar a etnometodologia e ao enfatizar "que *Versthen* deveria ser abordado como uma condição ontológica da sociedade humana (...) o meio pelo qual a vida social é constituída por atores leigos" (Giddens, 1998:291), leva a que se negligencie importantes dimensões de relações de poder associadas ao 'potencial de metamorfose' (Kuschnir, 2001) das trajetórias que se situam

de mediação política nas fronteiras de universos socioculturais hierarquizados, seria necessária uma investigação sistemática das correlações entre as preocupações, atitudes e opiniões desses grupos etnicamente dominados, o sistema de tomadas de posições enunciadas na lógica da competição política e as trajetórias que favorecem engajamentos em processos de mediação com suas lógicas específicas de retribuição. A violência simbólica do processo de constituição de um espaço especializado na tradução e politização de demandas étnicas instala-se na redução ao silêncio dos destituídos dos instrumentos políticos, para fazer valer suas convicções nessas arenas especializadas.[15]

Se for necessário, em primeiro lugar, reconhecer que as normas "estabelecidas (e institucionalizadas) nos termos da racionalidade vigente" (Cardoso de Oliveira, 2000:227) não se conformam aos requisitos do ideal de uma comunidade de argumentação eticamente constituída, porque imposta pelo pólo dominante da relação interétnica, é também importante considerar que a autonomização da esfera de representação política impõe a destituição da maioria dos representados, reduzidos à condição de profanos quando o que está em jogo é a interpelação politicamente especializada.

Mais ainda é preciso considerar que, num espaço de mediação em que as lógicas de ação, as trajetórias e os recursos dos agentes em condições de concorrer (para representar o respeito à diferença étnica) são os mais díspares, são frágeis as possibilidades de estabelecimento de pressupostos consensuais sobre as regras dos diálogos interétnicos.

Não são, portanto, muitas as razões para se esperar que, com a organização do campo político indígena, "fiquem asseguradas as condições de interlo-

---

nas fronteiras de domínios socioculturais. Para se evitar esse tipo de perda, toda uma literatura clássica na abordagem dos fenômenos de mediação entre universos socioculturais hierarquizados, associados a padrões clienteísticos de relações de dominação (Silverman, 1971; Wolf, 1971, entre outros), pode aqui ser conjugada à analítica das condições sociais de emergência de porta-vozes (Bourdieu, 1996, por exemplo).

[15] A presença de agentes com trajetórias consolidadas na academia não deve nos fazer retirar a guarda em relação a essa "visão irênica retomada de Habermas, que, ignorando a violência simbólica constitutiva do próprio espaço de mediação, seduz na esperança de um intercâmbio segundo o modelo intelectual, submetido à força do melhor argumento" (Bourdieu, 1998:94). Tal esperança se desenha em Cardoso de Oliveira aguardando que "essa situação somente estaria superada quando o índio interpelante pudesse, através do diálogo, contribuir efetivamente para a institucionalização de uma normatividade inteiramente nova, fruto das interações havidas no interior da comunidade intercultural. Em caso contrário — para falarmos como Habermas — persistiria uma espécie de comunicação distorcida entre índios e não-indios, comprometedora da dimensão ética do discurso argumentativo" (Cardoso de Oliveira, 2000:228).

cução no interior de uma comunidade de comunicação interétnica" (Cardoso de Oliveira, 2000:225), assim como três décadas de reorganização do movimento negro brasileiro não vêm assegurando tal interlocução.

Conclusão

A sugestão principal deste artigo é que as intervenções dos especialistas dominantes que se colocam sob a lógica da particularização (antropólogos, historiadores e, em determinadas circunstâncias, promotores públicos) na relação com as alteridades socioculturais excluídas tendem a ser contribuições para processos de etnogêneses. Isto é, o mero fato de se descrever diferenças culturais e de se mapear os contornos da violência simbólica das políticas públicas universalistas reforça fronteiras, mune os grupos para a reivindicação de políticas especiais e favorece a emergência de processos de mediação entre os agenciamentos estatais e as percepções e linguagens locais. Nesses discursos particularistas, a categoria etnia tende a ser o modo de classificação dominante, e a individualização e o reforço das fronteiras comunitárias são os correlatos de reconstituições de imagens da nação mais inclusivas.

Esse processo que contribui para etnogêneses é um tipo de intervenção mediadora que tentei, neste artigo, contrapor ao processo de racialização de populações, correlato da contraposição entre imagens monoculturais e multiculturais de nação. Etnia e raça podem ser contrapostas, enquanto a primeira categoria tende a se estabelecer sob uma razão social mais includente e a segunda, segundo uma lógica binária que no limite tenderia a uma razão genocida. É nesse sentido que tentei evidenciar que o reforço da invisibilidade negra e dos dispositivos anônimos de genocídio estende no tempo projetos formulados no início do século, visando à homogeneização racial da nação brasileira.

Precisei considerar, ainda, que o resgate da categoria raça pelo movimento negro tende a se colocar sob uma lógica mais próxima da retomada do discurso da guerra das raças do século XVI, do que sob o registro biológico da pureza racial. Nesse sentido, reforço aqui o argumento que diferencia o modo como o movimento negro costuma utilizar a categoria raça e o modo como essa categoria foi utilizada nos registros racialistas do início do século.

Sendo assim, racialização e etnização são dimensões de processos de dominação e resistência, lógicas de apropriação dos corpos sociais que emergem em estratégias de dominação, mediação e resistência. Essas estratégias constituem espaços de disputa pela mediação da questão étnica, com fraco potencial de produção de consensos e de agenciamento de políticas com po-

tencial de universalização de direitos. Menos otimista do que Cardoso de Oliveira (2000), sustento que o espaço de mediação para a resistência ao etnocentrismo, ao racismo e ao genocídio não tem condições de instaurar graus satisfatórios de consenso. Em espaços sociais atravessados por princípios de consagração os mais díspares, é preciso reconhecer o trágico como confronto de pontos de vista incompatíveis, porque igualmente fundados em razão social, embora carreguem acúmulos de forças sociais diferenciados.

Referências bibliográficas

ADORNO, F. P. *Cités: Filosofie, Politique et Histoire*. Paris: PUF, 2000.

ADESKY, J. *Pluralismo Étnico e Multi-culturalismo: racismos e anti-racismos no Brasil*. Rio de Janeiro: Pallas, 2001.

BOURDIEU, P. *A Economia das Trocas Lingüísticas: o que falar quer dizer*. São Paulo: USP, 1996.

BOURDIEU, P. *Meditações Pascalinas*. Oeiras: Celta, 1998.

BOURDIEU, P. *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. Ação indigenista, eticidade e o diálogo interétnico. *Estudos Avançados*, 14(40):213-230, set.-dez. 2000.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade: a vontade de saber*. v. 1. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. *Il Faut Défendre la Societé: cours au Collège de France, 1976*. Seuil: Gallimard, 1997.

GALVÃO, J. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/Aids. In: PARKER, R. (Org.) *Políticas, Instituições e Aids: enfrentando a epidemia*. Rio de Janeiro: Zahar/Abia, 1997.

GEERTZ, C. *Nova Luz sobre a Antropologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

GAXIE, D. *Le "Social" Transfigure: sur la représentation politique des préocupations "sociales"*. Paris: PUF, 1990.

GIDDENS, A. *Política, Sociologia e Teoria Social: encontros com o pensamento social clássico e contemporâneo*. São Paulo: UNESP, 1998.

HABERMAS, J. *O Discurso Filosófico da Modernidade*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1998.

KUSCHNIR, K. Trajetória, projeto e mediação na política. In: VELHO, G. & KUSCHNIR, K. (Orgs.) *Mediação, Cultura e Política*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.

RAJCHMAN, J. *Foucault: a liberdade da filosofia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

RORTY, R. *Objectivisme, Relativisme et Vérité*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

SILVERMAN, S. F. The community-nation mediactor in traditional central-Italy. In: SHANIN, T. (Ed.) *Peasants and Peasant Societies: selected readings*. Harmondsworth: Penguin Books, 1971.

TEIXEIRA, P. Políticas públicas em Aids. In: PARKER, R. (Org.) Políticas, Instituições e Aids: enfrentando a epidemia. Rio de Janeiro: Zahar/ABIA, 1997.

WOLF, E. Aspects of group relations in a complex society: Mexico. In: SHANIN, T. (Ed.) *Peasants and Peasant Societies: selected readings*. Harmondsworth: Penguin Books, 1971.

5

AS APARÊNCIAS QUE ENGANAM: REFLEXÕES SOBRE 'RAÇA' E SAÚDE NO BRASIL

Peter Fry[1]

'Raças' são fenômenos sociais

É lugar-comum em círculos científicos que o conceito de raça pertence não ao reino da natureza, mas sim ao da sociedade. 'Raças' são, portanto, construções sociais.[2]

Um exemplo é suficiente. Tradicionalmente, nos Estados Unidos, se reconhecem três 'raças': brancos (*whites*), negros (*blacks, Afro-Americans, people of African descent*) e indígenas (*native Americans*). À 'raça negra' pertencem, teoricamente, todas as pessoas que possuem pelo menos um antepassado africano. Isso se chama a 'regra da gota única' — a gota em questão sendo de 'sangue'. Os brancos são aqueles cujos antepassados, supostamente, são todos brancos. A regra da gota única deriva, evidentemente, dos tempos do racismo pseudocientífico, que rezava que o 'sangue negro' (como se tal coisa pudesse existir) poluía.

O sistema se baseia no princípio da origem biológica, como frisou Oracy Nogueira (1985). Entre aqueles que são definidos e que se definem como negros, porém, há uma série de distinções baseadas em diferenças de aparência mais sutis, sobretudo de pigmentação e tipos de cabelo. Por muitos e muitos anos, um valor maior era dado aos brancos e mais claros. Estes últimos poderiam, se fugissem do meio social onde eram conhecidos, 'passar por

[1] Quero agradecer à Dra. Simone Monteiro pelo gentil convite para participar desta coletânea e aos comentários dos participantes, em particular ao Dr. José Carlos dos Anjos, cujo trabalho muito me fez pensar. À Dra. Yvonne Maggie, meus agradecimentos pelos comentários, pela amizade de sempre e pelo *copydesk*.

[2] Veja Maio & Santos (1996).

branco', mesmo correndo sempre o perigo da denúncia e da subseqüente vergonha.

Fica evidente que as 'raças', como são definidas nos Estados Unidos, nada ou pouco têm a ver com a composição genética dos indivíduos. Pois mesmo se existissem, em algum tempo no passado, 'raças' negra e branca puras (o que os geneticistas veementemente negam), a grande maioria das pessoas definidas como 'negras' deveriam ter recebido cargas genéticas do mundo inteiro. Nos últimos anos, porém, surgiu um movimento ainda pequeno nos Estados Unidos reivindicando o reconhecimento das pessoas 'misturadas'. Mas essas reivindicações ainda não resultaram em mudanças nas categorias oficiais utilizadas no recenseamento e na distribuição de ações afirmativas. Aliás, a grande oposição aos defensores da mistura vem justamente daqueles que temem perder acesso aos bens da ação afirmativa!

No Brasil, onde se acredita que a nação originou-se das 'três raças' — 'negra', 'branca' e 'indígena' —, há também uma vaga noção de que o mundo pode ser dividido entre 'brancos' e 'pessoas de cor'. Mas o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) reconhece, historicamente, quatro categorias: 'pretos', 'pardos', 'brancos' e 'indígenas'. Teoricamente, os pretos seriam os mais escuros; os brancos, os mais claros; e os pardos, os intermediários. O sistema se baseia não nas origens biológicas dos indivíduos, mas nas aparências, ou 'marca', como definiu Oracy Nogueira (1985) — mesmo que as aparências impliquem, evidentemente, origem.

Brasil se torna birracial

Há um forte movimento no Brasil para impor uma taxonomia racial bipolar, semelhante à encontrada nos Estados Unidos (Fry, 2000). Durante muitos anos, esta reivindicação era mais forte entre os militantes dos movimentos negros. Mas, em anos recentes, tem sido adotada cada vez mais nos meios acadêmicos e, agora, pelo próprio governo federal. O Programa de Direitos Humanos, publicado pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1996,[3] propõe "determinar ao IBGE a adoção do critério de se considerar os mulatos, os pardos e os pretos como integrantes do contingente da população negra". Isso ainda não aconteceu, pois até agora dois argumentos têm prevalecido: é necessário

[3] Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/publi_04/COLECAO/PRODH2.HTM>.

manter a mesma taxonomia dos anos anteriores para permitir a comparação ao longo do tempo; e o Brasil ainda não se vê como um país dividido em duas categorias raciais estanques.

Mas, mesmo que o IBGE não tenha mudado a sua 'taxonomia racial', o governo na prática tem mudado a sua, no sentido de fazer valer um Brasil birracial. Vejamos. A delegação oficial que representou o Brasil na III Conferência Mundial das Nações Unidas de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata levou a sugestão de que fossem adotadas cotas de 44% das vagas nas universidades para 'negros'. Concomitantemente com a Conferência, o Ministério da Reforma Agrária determinou, através da portaria MDA/Incra nº 202, de 04/09/2001,[4] que, "no âmbito do MDA/Incra, seja realizada análise do percentual de servidores e servidoras negros e negras na estrutura institucional, e depois seja estabelecida cota de no mínimo 20% em 2001 de acesso dos mesmos aos cargos de direção, progressivamente até 30% em 2003". Ou seja, o Ministério da Reforma Agrária se transformou, através desta portaria, em uma instituição birracial.

Não tardou para que fatos semelhantes ocorressem em outros ministérios e, em dezembro de 2001, o presidente da República estendeu o mesmo princípio a todos os ministérios apesar da discordância do seu ministro de Educação, Paulo Renato Souza. Fenômeno semelhante ocorreu no estado do Rio de Janeiro, em novembro do mesmo ano, quando a Assembléia Legislativa aprovou, sem debate, uma lei que "institui cota de até 40% para as populações negra e parda no acesso à Universidade do Estado do Rio de Janeiro e à Universidade Estadual do Norte Fluminense".[5] Para fins de entrada nas duas universidades fluminenses, portanto, os candidatos terão que se autoclassificar[6] em uma das duas categorias 'raciais': 'negros e pardos',[7] por um lado, e 'brancos', do outro.

---

[4] Disponível em: <htpp://www.pgr.mpf.gov.br/pfdc/gts/discriminacao/legislacao/legislacao/port202.pdf>.

[5] Lei nº 3.708, de 9 de novembro de 2001.

[6] Como, nas discussões que seguiram à aprovação desta lei, os funcionários do governo concordaram que não havia qualquer critério objetivo para classificar a população em 'brancos', 'pardos' ou 'negros', optou-se pela autoclassificação. A Lei, porém, confere aos candidatos o direito de autodeterminar a sua cor, mas "sob pena da lei", o que implica que os autores da tal lei imaginam que de fato haja um critério também objetivo. Chamarão os velhos antropólogos com seus instrumentos de medição de cores de pele e formas de rosto?

[7] O uso do termo 'negros e pardos' é curioso e interessante, porque combina um termo utilizado basicamente no IBGE (pardos) e um termo utilizado sobretudo pela militância negra (negro).

Mas este processo da birracialização do Brasil ocorre também em outras áreas, notadamente da saúde. Na ocasião do lançamento do Programa Nacional de Direitos Humanos, em 1996, foi instituído o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra. Na área da saúde, este grupo foi bastante ativo, produzindo uma série de discursos e ações reveladores da sua maneira de pensar a 'questão racial' no Brasil.

Como o governo brasileiro pensa a relação entre saúde e 'raça'

O Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra[8] reconhece dois tipos de doença que afetam a 'população negra': as "doenças geneticamente determinadas", com "berço hereditário, ancestral e étnico", e as doenças "derivadas de condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis, além da intensa pressão social". Referências também são feitas às "influências culturais", mas nenhum exemplo é dado. O primeiro tipo inclui a anemia falciforme, "por ser uma doença que incide predominantemente sobre afro-descendentes", a hipertensão arterial, o diabetes *mellitus* e uma forma de deficiência de enzima hepática, a glicose-6-fosfato desidrogenase, "incidentes sobre outros grupos raciais/étnicos, porém mais graves ou de tratamento mais difícil quando acometem pretos e pardos". O segundo tipo inclui "alcoolismo, toxicomania, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/Aids, doenças do trabalho e transtornos mentais". Também "o conjunto de condições fisiológicas que sofrem interferência das condições negativas anteriormente mencionadas, contribuindo para sua evolução para doenças: crescimento, gravidez, parto e envelhecimento".

O grupo chegou à conclusão de que "não há justificativa técnica para a criação de vários programas governamentais de saúde específicos para a população negra, como pretendiam algumas correntes do setor". A única exceção feita seria o Programa de Anemia Falciforme, por ser uma doença "incidente predominantemente sobre a população afro-descendente e já contar com sinalizadores estatísticos suficientes e convincentes para justificar sua prioridade como problema de saúde pública". O Programa de Anemia Falciforme (PAF) foi

[8] Todas as informações sobre este grupo foram retiradas da seguinte página na Internet: <http://www.planalto.gov.br/secom/colecao/racial2h.htm>.

elaborado por especialistas com a finalidade de organizar e potencializar recursos disponíveis, efetivando um conjunto de atividades "visando o diagnóstico precoce, o aconselhamento genético [sic], a distribuição de medicamentos e o acompanhamento ambulatorial e hospitalar".

Mesmo contrário à criação de um programa específico para a 'população negra', o grupo propôs o treinamento dos agentes de saúde "para entender que a população negra tem condicionantes étnicos específicos e agravantes sócio-econômico-culturais", e também "conscientizando a população negra quanto à sua problemática, de modo a tomar as medidas preventivas e procurar os serviços de saúde no momento adequado, cobrando os seus direitos junto às autoridades sanitárias".

Ao mesmo tempo, o grupo conseguiu incluir o quesito raça/cor (amarela, branca, indígena, parda e preta) nos formulários oficiais, nacionalmente padronizados, de Declaração de Nascidos Vivos e de Declaração de Óbitos, o que "permitirá a elaboração de estatísticas e análises, a partir de 1998, além de servir de base para a utilização desses quesitos nos demais documentos civis e militares de nossa população". Além disso, o grupo atuou em prol de uma comunidade de "remanescentes de quilombo", providenciando abastecimento de água na Comunidade Kalunga, no estado de Goiás, contratando, por meio da Secretaria de Saúde de Goiás, membros dessa comunidade como Agentes Comunitários de Saúde, "em benefício de seu próprio povo". O grupo também promoveu palestras sobre a saúde da população negra em Ituiutaba, Minas Gerais; no Departamento de Genética da Universidade de Brasília, em Brasília; em Cabo Frio e no Encontro de Entidades Negras do Interior do Estado do Rio de Janeiro, no Rio de Janeiro; na Rádio USP, em São Paulo; em Recife e em Vitória, Espírito Santo.

As atividades futuras do grupo se resumem a um intenso proselitismo sobre a especificidade da saúde da 'população negra' no Brasil, e incluem a "agilização da implementação do Programa de Anemia Falciforme, em todo o território nacional; a edição da Cartilha de Saúde da População Negra, em linguagem popular que deve ser usada 'em atividades de educação sanitária e debates com as comunidades'; a introdução do tema Saúde da População Negra na agenda das autoridades sanitárias nacionais, em âmbito federal, estadual e municipal; e o apoio a estudos, pesquisas e reuniões técnicas que visem debater, divulgar e trazer informações novas sobre o tema".

Uma interpretação crítica

Os pronunciamentos do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra revelam uma série de representações sobre 'raça'. Em primeiro lugar, vale examinar a importância atribuída à anemia falciforme como uma doença "de berço hereditário, ancestral e étnico". Mas a definição da anemia falciforme, como doença que "incide predominantemente sobre afro-descendentes", é reveladora de um modo de pensar bastante peculiar e curioso. Se todos concordam que as 'raças' pertencem ao mundo social e cultural, e não ao reino da natureza, como podem estar associadas a coisas realmente da natureza, como doenças geneticamente transmitidas? Este ponto foi exposto com todo cuidado por Melbourne Tapper, no seu livro *In the Blood: sickle cell anemia and the politics of race* (*No Sangue: anemia falciforme e a política racial*), onde argumenta que a "ciência médica e a antropologia utilizaram a anemia falciforme para reivindicar a distinção entre 'negros' e 'brancos' e para representar essa distinção como um produto de uma estruturação genética — um fato irrefutável" (Tapper, 1999:3).

O argumento é simples. A anemia falciforme é uma doença geneticamente transmitida. O gene responsável é recessivo. Se os dois genitores de um indivíduo possuem o gene, ele pode adoecer com a manifestação mais aguda da doença, sofrendo forte desconforto e perigo de vida. Se apenas um dos genitores possui o gene, a doença pode não causar qualquer problema. Mesmo se a origem dos genes responsáveis é africana (e há evidências de que há múltiplos lugares de origem), esses genes são distribuídos largamente na população do Novo Mundo devido às altas taxas de miscigenação. E como os genes responsáveis pela anemia falciforme não são acoplados aos genes responsáveis pela coloração da pele, traços faciais ou tipos de cabelo, segue que não podem ser restritos à população definida socialmente como 'negra' ou 'parda'.

O mesmo argumento se aplica aos olhos claros, que também dependem de gene recessivo. Embora mais comuns entre pessoas de pele clara, podem surgir em qualquer lugar do mundo. Ou seja, as 'aparências' não indicam a presença ou não dos genes. A clara associação, porém, feita discursivamente entre a 'raça negra' e a anemia falciforme tem o efeito pragmático de naturalizar aquilo que não é natural: a raça negra. Além disso, comenta Tapper, quando as políticas de "controle" ou "prevenção" da anemia falciforme surgem no bojo da militância negra, produz-se um outro efeito, o de apresentar os africano-americanos como "um povo com a vontade e capacidade de agir por conta própria". Assim foi que "se transformou a subjetividade e agência africano-americanas em instrumentos de governo" (Tapper, 1999:96).

Com as devidas modificações, podemos interpretar os posicionamentos do Grupo Interministerial seguindo o mesmo argumento de Tapper, mas com uma importante variante. Se, nos Estados Unidos, o debate e as políticas em torno da anemia falciforme tiveram o efeito de associar a doença com o corpo negro, e, mais tarde, de produzir uma forma de governação através da "agência e subjetividade africano-americanas", no Brasil, o Programa da Anemia Falciforme tem um outro importante efeito pragmático: o de contribuir para a constituição da 'raça negra' como algo real e natural, ou seja, a consolidação do Brasil como um país birracial. Assim, a interpretação da anemia falciforme como uma doença relacionada à raça permitiu que os militantes e simpatizantes tivessem um argumento científico, por assim dizer, para justificar a sua insistência de que o Brasil é, no fundo, um país de apenas duas raças: 'negros e pardos', de um lado, e 'brancos', do outro. As políticas nacionais de saúde, mais talvez que as ações afirmativas para as universidades e o funcionalismo público, podem ter o efeito pragmático de aproximar o Brasil a um sistema birracial.

Uma segunda característica dos pronunciamentos do grupo é a elisão efetuada entre 'raça' e 'classe', ao definir como doenças que afetam os negros aquelas "derivadas de condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis, além da intensa pressão social: alcoolismo, toxicomania, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/Aids, doenças do trabalho e transtornos mentais", e doenças "cuja evolução agrava-se ou o tratamento é dificultado pelas condições negativas anteriormente citadas: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, coronariopatias, insuficiência renal crônica, cânceres e miomas". O grupo reconhece que essas doenças afetam "toda a sociedade", mas prossegue afirmando que elas "se tornam mais graves na população negra, devido às carências econômicas, sociais e culturais a que está submetida".

O significativo desta afirmação é que o único fator possível que poderia distinguir a 'população negra' dos outros seria a 'cultura', pois a pobreza não é monopólio de nenhuma 'raça'. Mas o grupo não indica qualquer especificidade cultural da 'população negra', que poderia torná-la mais suscetível às doenças listadas. Por quê? Talvez não indique estas especificidades pelo fato de que não existam! Fala-se muito em 'cultura negra' atualmente, como se existisse uma categoria de brasileiros de cor negra que compartilhasse um modo de vida distinto do resto da população. Não é aqui o lugar de aprofundar esta discussão, mas convém notar alguns pontos importantes.

Primeiro, o que se define geralmente como 'cultura negra' no Brasil não é monopólio de gente escura. Candomblé é uma religião orgulhosamente universal, como bem notou Roger Bastide (1961). Dança e canta o samba quem qui-

ser (Vianna, 1995). Em segundo lugar, quem samba e participa do candomblé não deixa de exercer a sua 'cidadania cultural' de brasileiro, falando português, freqüentando as mesmas escolas, universidades, prisões e clínicas! Como bem demonstra Ralph Mesquita (2002), no seu fascinante trabalho sobre Aids e as religiões afro-brasileiras, por exemplo, os membros dos candomblés do Rio de Janeiro reagem à doença da mesmíssima forma que os cidadãos em geral, manifestando os mesmos preconceitos contra as 'bichas', ouvindo e compreendendo (ou não) as mensagens sobre as formas da sua transmissão, e adotando medidas preventivas (ou não) na mesma proporção que a população como um todo.

Se nem a pobreza nem a 'cultura' definem uma especificidade 'negra', como então continuar afirmando que 'a população negra' se torna mais vulnerável às doenças que vicejam na pobreza? Continua-se afirmando isso, argumento, porque o que está sendo expresso é uma crença. A afirmação e reafirmação dessa crença certamente a torna cada vez mais próxima à verdade, como é o destino das profecias que se cumprem por si sós.

Curiosamente, o fator que realmente distingue os mais escuros dos mais claros, ou seja, o preconceito e a discriminação, por um lado, e as representações sobre sexualidade, por outro, não aparece na lista dos fatores que poderiam tornar os 'negros' mais suscetíveis que os 'brancos' a determinados sofrimentos do corpo e da alma. César, um homem negro e soropositivo entrevistado por Ralph Mesquita, sugere que esteve mais suscetível à Aids porque se sentiu impelido a exercer uma sexualidade mais afoita, por assim dizer, por conta das representações e, portanto, expectativas que os seus parceiros tinham para com os homens negros. Também enxergou a sua sexualidade como um tipo de antídoto contra a baixa auto-estima. Cito as suas palavras eloqüentes:

> Eu como negro e como homossexual, isso uma coisa meio esquizofrênica no nosso jeito de ser, de se amar muito e de se odiar muito, a coisa de ter uma auto-estima e um narcisismo muito forte. Eu sou muito narcisista, muito autocentrado e, ao mesmo tempo, pelo fato de ser negro tem essa coisa de autodesprezo, essa coisa meio estressante de ser negro no Brasil. A gente não sabe se vai ser aceito, se não vai ser aceito. Fica meio com medo de entrar nos lugares, de fazer certas coisas. A gente é discriminado todo o dia. A gente acorda de manhã cedo e já se discrimina olhando no espelho. É muito fácil você driblar o porteiro que não quer deixar você entrar no prédio pela entrada social. Isso é fácil. Mais difícil é aquela coisa mais naturalizada, do pré-conceito [sic] das pessoas de te julgarem pela sua aparência. Isso é horrível, isso é horrível realmente. Você não conseguir... Sua cor chegar antes de você. Isso é terrível realmente. Essa coisa é muito estressante. É estres-

> sante você saber que todo dia tem que enfrentar isso e que não é só você. Que sua mãe vai enfrentar isso, seus irmãos vão enfrentar isso, se eu tivesse filho, eu sabia que meu filho ia enfrentar isso. Isso é a coisa pior que tem em relação ao racismo. Acho que essa coisa que negro tem mais tendência a ter hipertensão, eu acho que é muito por conta disso. Esse estresse cotidiano, a gente não tem como fugir disso. A gente acorda todo dia e sabe que isso é o pão de cada dia. Isso é uma coisa tremenda. (...) A coisa da Aids chega, sei lá, pra mim é mais um troço que não chegou a afundar, fazer adernar mais o meu navio não. Eu acho que essa questão tripla da coisa da Aids, da homossexualidade e do fato de ser negro, é um conjunto de coisas que... Eu não sei se realmente a Aids acaba sendo mesmo uma prioridade. A miséria que se coloca em relação ao negro, que o racismo submete a gente é uma coisa tão forte, que a Aids acaba se tornando uma coisa meio difusa, uma coisa meio tênue. (...) Eu acho que o negro se expõe mais sexualmente. O negro é mais promíscuo sexualmente. O sexo pode assumir uma forma de autovalorização. A coisa do pau grande, a coisa da pele, não sei mais o que, é uma coisa de autovalorização. Mas é uma faca de dois gumes. Ao mesmo tempo em que é uma forma de buscar uma auto-estima, também, como existe a coisa da baixa estima inerente, você também vai se expor porque a auto-estima também tá em baixa. Aí você se expõe porque você não está se valorizando como ser que tem que se manter intacto em relação à saúde. Você não se vê digno. (Mesquita, 2002:180)

O argumento de César sugere que é mais que plausível que a saúde dos negros possa sofrer por causa do preconceito e da discriminação, provocando depressão, estresse e tristeza, por um lado, e, por outro, possivelmente, atendimento deficiente em hospitais e clínicas. Mas essa relação, objetivamente verificável entre aparência e sofrimento, não é discutida, talvez porque não indique uma constituição, uma essência específica dos mais escuros, nem biológica nem culturalmente, mas, isto sim, uma relação complexa e contraditória entre os mais claros e os mais escuros. Segue, portanto, que a eliminação desse problema depende não necessariamente da celebração das diferenças raciais, mas certamente de ações desdobradas contra o preconceito e a discriminação.

Uma outra interpretação crítica

Se entendi bem o argumento de José Carlos dos Anjos (cf. artigo nesta coletânea), ele interpreta a ideologia brasileira da negação formal das diferenças

raciais como uma espécie de genocídio. Inspirado em Foucault, como Tapper, aliás, ele argumenta que as políticas de homogeneização racial no Brasil acopladas à "positividade de práticas como o incentivo à imigração de populações oriundas da Europa, outras de invisibilização de populações nacionais para as políticas públicas, como as de saúde, nomeadamente produziram as raças no Brasil pós-colonial. Nesse sentido, não se diria que os negros são vítimas da ausência de políticas de saúde consistentes, mas que o modo como (não) se montam as políticas de saúde é o constitutivo do ser do negro no Brasil". Seguindo o mesmo raciocínio, ele vai argumentar que a (suposta) maior disseminação de Aids entre os negros "deve (...) ser equacionada a um sistema de correlações de força não projetado em sua integralidade, mas que funciona sob o pressuposto racista da seleção e proteção da raça branca contra as demais raças".

Anjos revela seu pensamento através de uma comparação entre as diferentes maneiras com as quais se lidou com a relação entre 'homossexuais', 'negros' e Aids no Brasil. Segundo ele, o reconhecimento da relação entre Aids e homossexuais se deu mais cedo do que a relação entre Aids e a população negra, devido à acumulação de capital político dos ativistas homossexuais aliados a ONGs relativamente poderosas.

Anjos trata o conceito de 'os homossexuais' como uma categoria social pré-discursiva. Se tivesse permanecido fiel ao 'nominalismo histórico' foucaultiano, a sua análise da relação entre Aids, 'homossexuais' e 'negros' seria diferente. As categorias homossexual e, mais tarde, *gay* surgem no mundo ocidental no final do século XIX, tomando mais vulto no final do século XX (Weeks, 1981). No Brasil, a categoria apareceu mais recentemente, ainda numa sociedade que organizava os seus papéis de gênero em termos da polaridade feminino/masculino, até nas relações entre pessoas do mesmo sexo fisiológico. Assim, o que importava nas relações sexuais entre homens era menos o sexo dos parceiros (o que define o 'homossexual') e mais o papel 'ativo' ou 'passivo' tomado.

Dessa maneira, os do sexo masculino se dividiam entre 'homens' e 'bichas'. Enquanto a 'bicha' se define como uma pessoa masculina que se comporta 'femininamente' com um homem, o homem é definido como uma pessoa do sexo masculino que se comporta 'ativamente' com as mulheres, e, se for com pouca regularidade, com homens efeminados, ou 'bichas' (Fry, 1982). O sentido do conceito 'homossexual' é muito diferente, pois descreve uma personagem que mantém relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, independentemente do que aconteça entre eles.

Há fortes razões para argumentar que a relação entre Aids e homossexualidade estabeleceu-se no sentido de fortalecer a legitimidade da categoria

'homossexual', primeiro porque a Aids era tida como um 'câncer gay' que se transmitia muito facilmente através do sexo entre homens, mas também com as atenções especiais dadas aos 'homossexuais', portadores da doença.[9] Ou seja, não foram os 'homossexuais' os primeiros a ganhar a atenção. Antes, pelo contrário, foi no combate à Aids que o 'homossexual' e o 'gay' se consolidaram como identidade sexual, cultural e política. (Os mais radicais diriam biológica também.) A posição do presidente do Grupo Gay da Bahia a este respeito é muito reveladora. Ele critica todos aqueles que adotaram o termo HSH (homens que mantém relações sexuais com outros homens), por não legitimar a inclusão de todos aqueles que mantêm relações sexuais com parceiros do mesmo sexo na identidade de 'homossexuais' (Mott, 2002).[10]

Os 'negros' tampouco se constituem uma categoria pré-discursiva, e é razoável propor uma interpretação alternativa à de José Carlos dos Anjos para a suposta relação entre Aids e os negros no Brasil. Em primeiro lugar, não há qualquer evidência empírica que justifique a constatação de que os mais escuros são de fato mais vulneráveis ao HIV do que os mais claros, por serem negros e não pobres. Na ausência de dados empíricos que sinalizem essa direção, ainda não encontrei qualquer relação (epidemio)lógica, a não ser a do César enunciada anteriormente, e que não se encontra no *site* do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra. Mesmo se fosse possível postular que os comportamentos sexuais e em relação a drogas injetáveis pudessem variar entre pessoas de classes distintas, é difícil imaginar por que deveriam variar entre pessoas por causa dos seus fenótipos diversos.

Proponho, portanto, que a suposta relação entre 'negros' e Aids demorou a ser formulada não pelo pouco capital político dos militantes negros, como argumenta Anjos, mas porque a tal relação não existe antes de ser nomeada. A relação entre 'raça' e HIV/Aids no Brasil seria, então, um pressuposto ideológico, revelando mais sobre o pensamento social dos intérpretes da so-

---

[9] Regina Facchini (2002), na sua dissertação de mestrado sobre os movimentos gays em São Paulo nos anos 1990, mostra o crescimento do número de ONGs *gays* neste período.

[10] "Em síntese", ele escreve, "considero que HSH se trata de um conceito importado do primeiro mundo com o pretexto de se evitar a nefanda palavra 'homossexual', como reconhecimento da especificidade da cultura sexual brasileira (e latino-americana). O mito de uma sexualidade tropical, carnavalesca e selvagem, e da falta de identidade *gay* no Brasil ainda persiste no imaginário de muitos 'brasilianistas', estando tais premissas na base desta novidade classificatória. Apesar destas aparentes boas intenções, não há como negar que o uso do neologismo HSH é totalmente equivocado enquanto estratégia epidemiológica e postura política" (Mott, 2002).

ciedade do que sobre o comportamento social e sexual dos 'negros'. Esse pressuposto ideológico revela, e fortalece, uma crença de que os 'negros' são tão diferentes dos 'brancos' — ou por razões culturais ou por razões biológicas mesmo —, de que são mais vulneráveis ao HIV/Aids do que os 'brancos'. Dessa forma, a relação proposta poderia ser interpretada como mais um passo dado no caminho da naturalização do modelo birracial no Brasil.

José Carlos dos Anjos argumenta que a racialização recente no Brasil se assemelha mais ao que Foucault chamou da guerra das raças do século XVI, do que a biorracialização do século XX. Assim fazendo, procura legitimar a racialização desejada pelos militantes negros como algo mais palatável do que a biorracialização propriamente dita. Não posso concordar. Em primeiro lugar, a racialização do Brasil não se efetua apenas, ou até predominantemente, pelo esforço dos militantes negros. A relação no Brasil entre 'raça' e 'doença' é protagonizada também por muitos atores dotados de grande 'capital político' (como alguns demógrafos, economistas, antropólogos, médicos e sociólogos de todas as cores), o governo federal e as agências financiadoras norte-americanas (como as Fundações Ford, Ashoka e Rockefeller), que, além de financiarem ações concretas — como parte desta coletânea, inclusive —, financiam também, em grande parte, as mais eloqüentes vozes da própria militância negra. É difícil não dar uma certa razão a Bourdieu & Wacquant (1998), quando argumentam que somos muitíssimo influenciados pelos modelos interpretativos, que caminham juntamente com as verbas que financiam indivíduos e projetos ligados à 'questão racial' no Brasil.[11]

Mas também me pergunto se Anjos não está exagerando quando sugere que a ideologia brasileira da não-racialização acoplada ao preconceito de cor é uma espécie de genocídio. Genocídio só é possível quando se tem o *genus* a ser exterminado. Seguindo os passos analíticos de Michel Foucault, pode-se argumentar que a ideologia republicana do não-racismo — ou melhor, do a-racismo — representa uma ideologia onde *todas* as raças deixam de existir. Afinal, para Gilberto Freyre (que Anjos cita neste contexto), a produção de uma 'metarraça' brasileira implicaria, teoricamente ao menos, o fim dos 'negros' e dos 'brancos' também.

---

[11] Algum tempo atrás argumentei que Bourdieu e Wacquant exageraram na sua análise (Fry, 2000). Mudei de idéia durante o seminário que originou esta coletânea, e quando descobri o quanto as agências norte-americanas investem na consolidação de uma identidade negra no Brasil.

As palavras 'raça' e 'racismo' aparecem três vezes na Constituição brasileira, cada uma delas no sentido de repudiar 'raça' como critério de distinção. O inciso IV, do artigo 3, reza que, entre os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, está a promoção do "bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação". O inciso VIII, do artigo 4, afirma que a República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelo "repúdio ao terrorismo e ao racismo". Finalmente, o inciso XLII, do artigo 5, define a prática do racismo como "crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, nos termos da lei".

O fim do republicanismo francês?

É preciso reconhecer que a proposta de medidas específicas para a 'população negra' no Brasil não significa ir ao encontro de algo que existe, algo pré-discursivo. Antes, essas propostas efetivamente produzem aquilo que afirmam existir, primeiro discursivamente, e em seguida através das ações que este discurso engendra: a própria 'população negra' dotada de especificidades 'raciais' e 'culturais'. As boas intenções que podem inspirar estas propostas, além das possíveis vantagens que possam produzir para alguns indivíduos afortunadamente beneficiados pela 'discriminação positiva' (incluo, entre eles, os burocratas, políticos e intelectuais de plantão), terão, provavelmente, outras conseqüências: na melhor das hipóteses, uma sociedade dividida cada vez mais entre 'brancos' e 'negros'; e, na pior delas, uma crescente hostilidade entre ambos.

Em entrevista recente, o economista Ricardo Henriques afirmou que, no Brasil, "é preciso tratar desigualmente os desiguais":

> Nosso desafio é romper com a matriz republicana francesa. Todos nós fomos culturalmente educados e a grande maioria estudou numa base dessa grande matriz francesa universalista, que acha que o imperativo da igualdade é a melhor matriz para fazer qualquer intervenção, tratando todos por iguais. Esta é a estratégia mais cínica de lidar com o problema. (Celestino & Menezes, 2002:17)

Deixando de lado por enquanto uma discussão sobre a distribuição do cinismo no país, o importante é notar que Ricardo Henriques é um dos poucos que, ao defender a ação afirmativa em forma de cotas, reconhece que a decisão de "tratar desigualmente os desiguais" representa uma ruptura radical com

a tradição constitucional e cultural brasileira. Ele, porém, se distingue de muitos que participam dessa discussão e que protagonizam apenas um ralo debate sobre diferenças estatísticas entre categorias também estatísticas, e o uso escancaradamente ideológico de conceitos como 'cultura negra', 'população afrodescendente', 'doenças etno-raciais' etc.

Agir no sentido de "tratar desigualmente os desiguais" implica abandonar o universalismo e o a-racismo da primeira constituição republicana e o anti-racismo da constituição de 1988 em favor de um particularismo que, em princípio, não tem fim. Aqueles que tanto alardeiam a importância de zelar pela diversidade cultural humana (muitos que propõem tratamento desigual para os desiguais são dessa persuasão ideológica) poderiam pensar duas vezes antes de esmagar um extraordinário artefato cultural, o republicanismo francês nas terras da Santa Cruz, em favor de um outro, o 'republicanismo americano', que se pretende universal mas que tem sido tão incrivelmente incapaz de eliminar (sequer reduzir) o racismo, talvez justamente porque reafirma a existência de 'raças' a cada passo.[12]

[12] A 'guerra contra o terrorismo' equivale, no palco internacional, à 'guerra entre as raças' no plano interno.

Referências bibliográficas

BASTIDE, R. *O Candomblé da Bahia*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1961.

BOURDIEU, P. & WACQUANT L. Les ruses de la raison impérialiste. *Actes de la Recherche en Sciences Sociale*, 121-122:109-118, 1998.

CELESTINO, H. & MENEZES M. É preciso tratar desigualmente os desiguais. *O Globo*, 21 abr. 2002.

FACCHINI, R. *Sopa de Letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90: um estudo a partir da cidade de São Paulo*, 2002. Dissertação de Mestrado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

FRY, P. Da hierarquia à igualdade: a construção histórica da homossexualidade no Brasil. In: *Para Inglês Ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

FRY, P. Politics, nacionality, and the meanings of "race" in Brazil. *Daedalus: Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, 129:83-118, 2000.

MAIO, M. C. & SANTOS R. V. (Orgs.) *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Cultural Banco do Brasil, 1996.

MESQUITA, R. *Viver e Morrer em Tempos de Aids: vida, morte e sexualidade em candomblés do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

MOTT, L. *HSH: um conceito equivocado e homofóbico que perpetua a conspiração do silêncio contra o "amor que não ousava dizer o nome"*. Disponível em: <www.ggb.org.br/gs_mott5.html>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2002.

NOGUEIRA, O. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem. In: *Tanto Preto quanto Branco: estudos de relações raciais*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1985.

TAPPER, M. *In the Blood: sickle cell anemia and the politics of race*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1999.

VIANNA, H. *O Mistério do Samba*. Rio de Janeiro: UFRJ/Jorge Zahar, 1995. (Coleção Antropologia Social).

WEEKS, J. *Sex, Politics and Society: the regulation of sexuality since 1800*. London: Longman, 1981.

A PROPÓSITO DAS RELAÇÕES ENTRE ETNICIDADE, CULTURA, PODER E SAÚDE

Mara Viveros Vigoya

Introdução

Antes de começar a fazer meu comentário sobre o artigo Etnia, raça e saúde sob uma perspectiva nominalista, de José Carlos dos Anjos, quero compartilhar com vocês a dificuldade que implicou para mim a realização deste exercício. A proximidade lingüística entre o português e o espanhol preparou-me mais de uma armadilha, e estive constantemente exposta a dois riscos: trair o texto, por minha tradução livre, e/ou traí-lo pela interpretação dos propósitos densos — e intelectualmente sofisticados — do autor. Espero ter me saído bem no exercício e não empobrecer os horizontes que esse autor nos abre com suas reflexões.

O trabalho de J. C. dos Anjos é interessante e necessário, porque permite relacionar uma perspectiva histórica e uma perspectiva socioantropológica da saúde, as categorias de raça, etnia e seus vínculos, na nova problemática da etnicidade na saúde (principalmente sexual e reprodutiva). Em primeiro lugar, o autor situa historicamente a categoria da raça, como um correlato do processo de propagação de uma biorracionalização do governo e da difusão de tecnologias locais de poder, para administrar a população, cujos objetivos foram a constituição de um corpo saudável e homogêneo de nação e o treinamento e a maximização das forças produtivas. Em segundo lugar, ele discute alguns enfoques antropológicos sobre as diferenças culturais. Em particular, detém-se na análise da defasagem existente entre as representações locais do corpo e da saúde e as imagens projetadas pelos órgãos e documentos oficiais que trabalham com a questão da saúde em situações multiétnicas. Em terceiro lugar, ele apresenta a convergência dessas duas perspectivas, numa discussão sobre a dominação e as possibilidades presentes no diálogo interétnico, quando o que está em jogo são as políticas públicas de saúde.

Neste texto, farei referência, em primeiro lugar, à relação entre a saúde e o biopoder, bem como entre o biopoder, a saúde e a raça, para terminar com uma reflexão sobre a saúde e a cultura, ilustrada, particularmente, pela leitura culturalista da epidemia de Aids na África. A referência a esse caso me servirá para introduzir alguns comentários gerais sobre os imaginários racistas e seus efeitos sociais. Em segundo lugar, exploro algumas das dificuldades do tema das resistências étnico-raciais, para culminar numa reflexão sobre as interrogações abertas pela perspectiva foucaultiana da hermenêutica do sujeito na análise das políticas de saúde.

O campo da saúde e o biopoder

José Carlos dos Anjos mostra de que forma o campo sanitário foi e continua a ser um lugar de interpretação do mundo e de enunciação do discurso político. Na verdade, essa assunção das questões sanitárias por parte das instituições sociais e políticas não é nova e, hoje em dia, a aplicação do político ao biológico continua a ocupar um lugar central no espaço público. O autor sublinha a importância do conceito de biopoder na discussão sobre a pertinência das categorias de raça e etnia. Na obra de Foucault, o biopoder é definido como a conjunção de uma anatomopolítica e uma biopolítica. A primeira representa o controle do corpo como máquina por tecnologias que, tal como a escola, o cárcere e a medicina, intervêm em suas atitudes e as disciplinam. A segunda, a biopolítica, faz referência a uma imposição sobre o que é designado como corpo-espécie, através de dispositivos que regulam sua natalidade, fecundidade e morbidez, incluindo sua morte e sua mortalidade, quer em termos de conhecimento, graças à demografia ou à epidemiologia, quer em termos de ação, como no planejamento familiar e na saúde pública.

O biopoder é considerado por Michel Foucault como um processo de normalização que define uma ordem moral e política, e o discurso sobre o sexo, tal como descrito no primeiro volume de *História da Sexualidade*, constituiria a ilustração paradigmática dessa conjunção entre anatomopolítica e biopolítica. Mas também o discurso sobre a raça, em sua acepção moderna, ou seja, o discurso que enfatiza a pureza biológica do povo de uma nação, pressupõe, como assinala Anjos, o exercício de um biopoder, já que este gera segregação e hierarquização social, relações de dominação e efeitos de hegemonia (Foucault, 1976). Só se pode falar de raça, em sua acepção estatal e biologizante, quando a saúde das populações emerge como uma questão social na esfera pública, e quando os fenômenos próprios da vida da espécie humana entram

na ordem do poder e no campo das técnicas políticas. Desde a segunda metade do século XIX, as políticas populacionais, da família e da hierarquização social, assim como as intervenções sobre o corpo, a saúde e as condutas da vida cotidiana, encontraram justificativa na preocupação com a proteção da pureza do sangue e com o futuro da espécie. Essa ordenação eugênica da sociedade implicou a faculdade de fazer com que uns vivam, a fim de rechaçar outros para a morte e de, nesse sentido, estabelecer dispositivos de genocídio sistemático daqueles que são designados no lugar de 'outros'.

O biopoder, a saúde e a raça

José Carlos dos Anjos afirma que a reflexão a respeito desse biopoder é necessária na discussão sobre a pertinência das categorias de raça e etnia para a análise da formação social brasileira. No Brasil, como na Colômbia, as elites do fim do século XIX e início do século XX apropriaram-se, simultaneamente, do discurso racial surgido na Europa durante o século XIX e dos dispositivos de biopoder. Essas minorias seletas pretenderam construir uma nação segundo o modelo das nações modernas e ocidentais, buscando seus princípios de racionalidade e modernidade na herança européia e outorgando à herança africana um lugar na sociedade e na cultura unicamente como fonte de "poder físico, folclórico e culinária rica" (Sombra Saravia, 1993:45). O Brasil favoreceu o embranquecimento de sua sociedade através do amplo incentivo à imigração européia, que modificou, em grande medida, a composição racial brasileira. O correlato desse incentivo, para Anjos, foi a invisibilização das populações nacionais para políticas públicas como as de saúde. Por essa razão, para esse autor, a forma adotada pela produção das raças no Brasil não está dissociada do modo como foram construídas as políticas sanitárias.

A medicalização e a normalização crescentes da vida individual e coletiva, trazidas pela era do biopoder, foram ainda mais explícitas nos contextos interétnicos latino-americanos, nos quais as especificidades culturais das populações foram ignoradas. A cultura da saúde pública implicou uma vasta empreitada de aculturação das populações indígenas e africanas, através de dispositivos de imposição e persuasão que traziam implícita a chancela de uma missão civilizadora. Do mesmo modo, a implementação de programas de combate às grandes endemias esteve e continua sempre associada a práticas de inferiorização e submissão dessas populações, isto é, à constituição de relações políticas específicas, nas quais a sociedade ocidental tem exercido seu poder através da imposição de seus saberes médicos e de seus controles sanitários (Fassin, 2001).

A saúde e a cultura

Parece pertinente fazer uma reflexão sobre a relação entre saúde e cultura, para dar conta das tensões entre universalismo e particularismo — ou culturalismo — que sempre atravessaram o campo da saúde pública, e que ressurgem quando se problematiza a relação entre etnicidade e saúde. Recorreremos ao exemplo da luta contra a Aids, porque ela vem a ser um revelador privilegiado das ambigüidades e contradições das políticas que oscilam entre a aplicação de princípios universais e a busca de particularidades culturais, incessantemente invocadas para explicar as dificuldades encontradas nessa iniciativa.

Essa tensão é constitutiva da história da saúde pública no mundo colonial e, posteriormente, no que veio a ser chamado de Terceiro Mundo. Em nenhum momento, um ou outro enfoque conseguiu impor-se totalmente, como solução prática e definitiva para os problemas de saúde das sociedades asiáticas, africanas ou latino-americanas. O trabalho de antropólogos como Didier Fassin e Jean Pierre Dozon, na América Latina e na África, mostra que essas duas perspectivas reúnem-se tanto no plano da interpretação, através da denegação dos aspectos políticos subjacentes nas opções de saúde pública, quanto no da ação, por sua incapacidade de reconhecer a existência e menos ainda a pertinência das soluções elaboradas pelos próprios agentes de saúde locais.

Tornando-se invisível como cultura, a saúde pública produziu o 'outro' como categoria culturalmente definida (Fassin, 2001). A superação dessa aporia pressuporia o rompimento, como afirmam esses dois autores, com a idéia de que a saúde pública é um saber que enuncia verdades sobre o bom comportamento para a vida e se confronta com culturas ignorantes ou desrespeitadoras dessas verdades, a fim de dar margem a uma outra concepção da relação entre saúde pública e cultura, considerada como uma interação entre códigos culturais que formulam verdades referentes a teorias locais.

É necessário considerar que a suposta distância existente entre as normas sanitárias prescritas e as representações e práticas em matéria de higiene, sexualidade e cuidados de saúde não depende unicamente das diferenças ligadas à origem geográfica, mas também das desigualdades sociais. As argumentações culturalistas em curso, expressão de uma ideologia particularista para pensar sobre o 'outro' levam a minimizar e até a ocultar o papel das condições materiais nas condutas consideradas nocivas, bem como a responsabilidade das instituições de saúde nas dificuldades encontradas para implementar as ações sanitárias (Dozon & Fassin, 2001). A Aids é um revelador particularmente eficaz dessa ocultação. Na história da epidemia desta doença, a África foi rapidamente designada como berço e vetor da epidemia, e ressurgiram com vi-

gor diversas representações exóticas e estigmatizantes da Aids africana, assim como, vez por outra, imagens etnicizantes e racistas.

Num artigo recente, Jean Pierre Dozon (2001) afirma que a leitura culturalista da epidemia na África, tanto nos trabalhos científicos quanto em seus ecos na mídia e suas conseqüências políticas, teve como efeito a orientação exclusiva das campanhas de prevenção para o uso do preservativo, deixando de lado outras formas de transmissão do vírus e elementos socioeconômicos como a pobreza, a violência e a carência ou má qualidade dos serviços de saúde, que tanto reforçam a ocorrência da infecção quanto a gravidade da doença.

A Aids tem sido acompanhada por múltiplas construções da 'alteridade'. Em seus primórdios, foi chamada de 'câncer gay' e, posteriormente, converteu-se numa moléstia transmissível pelo sexo ou pelo sangue, mas que afetaria particularmente certas populações, como os homossexuais, os heroinômanos, os haitianos e os hemofílicos, que foram chamados de 'os quatro agás'. No mundo de hoje, a expansão planetária da Aids gerou uma imagem maior da 'alteridade' encarnada pela África subsaariana, percebida como um 'grupo de risco' de grandes dimensões, ou como um universo de grande vulnerabilidade. Existe uma visão global que representa essa região como um mundo à parte, no qual nada acontece da mesma maneira que noutros lugares. Os argumentos epidemiológicos associam-se, muito espontaneamente, a uma doxa culturalista, que constrói o modelo de uma cultura sexual negra, específica e irredutível, caracterizada pela lassidão e pela promiscuidade.

A explicação cultural da Aids implicou, em algumas ocasiões, a classificação de certos traços culturais e certos costumes, a exemplo da poliginia, do levirato ou do sororato, como fatores favorecedores da disseminação rápida do HIV, ao passo que outros hábitos associados ao rigor muçulmano, como as proibições sexuais pós-parto ou a circuncisão, são percebidos como fatores de refreamento. Por parte das próprias populações, deram-se explicações culturais da Aids que a interpretam como conseqüência da debilitação dos costumes ancestrais pelo mundo moderno, e não como uma calamidade produzida pela propensão 'absurda' a perpetuá-los, como tende a ser afirmado atualmente (Fay, 1999, citado em Dozon, 2001).

Na totalidade dos casos, a ênfase tem sido depositada no problema de uma cultura sexual ou uma forma de vida próprias da África, e os programas nacionais de combate à Aids consideraram tão importante efetuar uma certa moralização dos costumes quanto difundir a utilização de meios de prevenção, como o preservativo. Os fatores econômicos e sociopolíticos foram deixados fora da análise e das propostas de intervenção, como se não fossem constitutivos das situações de risco. Dozon insiste em assinalar aspectos que incidem na

propagação do HIV, como, por exemplo, os deslocamentos humanos, que hoje se produzem não apenas pelos movimentos internos do êxodo rural e da urbanização, mas também pelos movimentos transnacionais da população, ainda causados por razões econômicas, bem como políticas. Esse autor indica o peso que têm atualmente as múltiplas expressões de violência interna nos países africanos, manifestações estas que vêm prolongando processos de autoritarismo e repressão característicos da situação colonial e pós-colonial na África.

Os efeitos sociais dos imaginários racistas e as possibilidades de resistência

As reflexões de Dozon levam-me a comentar outro trecho do texto de J. C. dos Anjos, no qual é afirmado que a dominação étnica coloca as etnias dominadas na posição de objetos (de prazer, de políticas e controles higienistas, de acusação de uma sexualidade não-domesticada), mas também de objetos de admiração e de mediações que os despojam de seu lugar como sujeitos, o que torna necessária a presença de porta-vozes no espaço público. A racialização das populações cria o espaço para se estabelecer correlações entre uma sexualidade 'natural' (um erotismo selvagem) e uma vulnerabilidade maior da saúde e da saúde reprodutiva. Esta última converte-se, como assinala o autor — seguindo a perspectiva analítica de Bourdieu (1980) —, numa típica profecia auto-realizadora, sob os efeitos conjuntos de condições objetivas de exclusão e da incorporação subjetiva do estigma de que essas populações têm sido portadoras. As populações são racializadas por meio da naturalização de uma sexualidade que as torna vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis, ou seja, por um processo de somatização cujo término poderia ser a eliminação daqueles que são colocados no lugar de raça inferior.

Parece-me importante deter-me por um momento no processo de naturalização da sexualidade das etnias dominadas e, em particular, na associação das populações negras com uma sexualidade indomada (Viveros, 2000). A partir de uma perspectiva sociohistórica, a vinculação do negro com uma sexualidade desenfreada pode ser analisada como um dos vestígios da escravidão que permanece presente nos imaginários sociais. O crítico literário Victorien Lavou-Zoungbo (2001) afirma que o mito das proezas sexuais do negro é o corolário do mito de seu vigor e força físicos, e constitui um meta-relato, ou seja, é uma narrativa que desempenha uma função legitimadora. Com efeito, os imaginários construídos sobre o negro cumpriram e continuam a cumprir o objetivo de legitimar os próprios fatos da colonização e da escravidão, seu espírito

'civilizador'. Qual é a razão por que certas visões do 'outro' — neste caso, do negro como um ser dionisíaco (Viveros, 2000) e vigoroso — permanecem e se reproduzem?

Segundo esse autor, uma das razões que explica a persistência desse meta-relato na memória coletiva ocidental-americana é sua difusão e renovação constantes em cenários distintos: o festivo, como, por exemplo, o dos carnavais brasileiros; o desportivo, através da reativação nos imaginários ocidentais, do mito do garanhão negro, encarnado pelos atletas negros; ou o âmbito dos discursos da saúde pública, nos quais se associa constantemente a epidemia de Aids ao continente africano, como vimos anteriormente. O mesmo acontece na literatura, no discurso publicitário ou nas mensagens difundidas através da Internet, que atribuem um lugar privilegiado aos temas eróticos 'negros'. Outra possível explicação para a permanência dessa representação está no fato de que ela é compartilhada por negros e não-negros, ainda que, evidentemente, a partir de posições diferentes de enunciação (Viveros, 2000).

É importante assinalar que o meta-relato da proeza-virilidade dos negros não é isento de conseqüências. Em primeiro lugar, ele se constitui como a fronteira, o umbral (anatômico, biológico, ontológico ou imaginário) a partir do qual se constrói e se justifica a humanidade exclusiva ocidental-européia-'branca' (Lavou-Zoungbo, 2001). Outro de seus efeitos é que ele identifica o negro com a natureza, e não com a cultura, e lhe atribui a mesma ambivalência: ora ele é percebido como passivo e dependente, como uma criança, e é descrito como carente (de iniciativa, de capacidade intelectual, de vontade), ora é exagerado (em emotividade, irracionalidade ou sexualidade). Em terceiro lugar, ele encerra o negro nesse estereótipo, 'fixa-o' em seu sexo. Para o imaginário ocidental, o sexo transformou-se num dos traços pertinentes para a definição do *ser* negro. Em quarto lugar, ele faz com que toda forma de sexualidade que implique um homem ou uma mulher negros torne-se suspeita de lascívia e sensualidade exageradas. Em quinto lugar, torna as populações negras particularmente vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis, como nos recorda Anjos. O meta-relato de proeza-vigor sexual mais faz condenar e desqualificar o negro do que exaltá-lo. E, diferentemente de outros meta-relatos, a primeira vítima deste é seu protagonista (Lavou-Zoungbo, 2001).

Uma das perguntas surgidas a partir dessas constatações concerne às formas de resistência que podem ser oferecidas pelas populações negras. O artigo de Anjos afirma, seguindo Bourdieu (1980), que os dominados têm menos capacidade de realizar uma revolução simbólica do que os dominadores. E essa revolução constitui uma condição para a reapropriação da identidade social de que os negros foram expropriados (inclusive subjetivamente), ao aceitarem

as taxonomias dominantes. Entretanto, essa suposta incapacidade dos dominados de resistir aos relatos produzidos sobre eles pelos grupos dominantes gera em mim alguns comentários e interrogações. Um deles tem a ver com a possibilidade e o alcance da estratégia que os grupos dominados podem adotar, ao se apropriarem do estigma que pesa sobre eles e lhe darem uma nova significação, convertendo-o num atributo positivo. De que lugar de enunciação poderia ser feita essa ressignificação? Uma resposta provável é que ela poderia ser feita a partir de um questionamento da ordem moral ocidental, que tem conferido ao sexo um lugar problemático e ameaçador. Mas isso suporia um trabalho não só a propósito dos imaginários racistas, mas também sobre os imaginários e as práticas do gênero sexual que respaldam esse relato da proeza sexual dos negros.

Se admitirmos que esse mito do negro como um bicho físico e sexual o estereotipa numa espécie de alteridade radical, absoluta, que o condena e desqualifica, desmontar esse relato passa a ser uma tarefa que se torna urgente para a recuperação de sua identidade social. Para tanto, faz-se necessário explicitar os subentendidos e as dinâmicas subjacentes a ele, sublinhando os infortúnios a que tal relato deu lugar (Lavou-Zoungbo, 2001). Mas isso também implica trabalhar, a partir das expressões distintas do movimento negro, em prol da aceitação, da reivindicação e da apropriação da presença, da história e da identidade dos negros na América Latina, não como um componente alicerçado nas lembranças, na herança e no ritualismo, mas como elementos atuantes e atuais das identidades nacionais latino-americanas, com toda a sua diversidade, complexidade e dinamismo.

As resistências étnico-raciais e os espaços de mediação

José Carlos dos Anjos identifica outro ponto problemático, relacionado com as resistências étnico-raciais: o das mediações políticas e dos porta-vozes legítimos, reconhecidos ou não, das etnias dominadas. O autor assinala que a censura imposta às etnias dominadas, para que elas não ocupem o espaço público, permite a constituição de âmbitos de especialistas nas mediações políticas. Com efeito, ao se converter num assunto debatido no espaço público, o problema da raça, etnia e saúde gera um lugar de concorrência pela mediação, no qual os agentes participantes oferecem as especificidades de seus saberes profissionais e outros capitais acumulados em suas trajetórias político-culturais, para sustentar sua condição de porta-vozes legítimos das populações que são objeto da racialização.

O autor compara o processo de problematização das condições de vulnerabilidade das raças dominadas frente às doenças sexualmente transmissíveis, em particular frente à Aids, com esse mesmo processo no caso dos homossexuais, e tira algumas conclusões que merecem certos comentários. Em relação aos homossexuais, uma das condições de êxito na consolidação desse tema na agenda política tem a ver, segundo esse autor, com o processo de institucionalização dessa identidade específica como lugar de enunciação. Os maiores dividendos da problemática Aids/homossexuais foram obtidos a partir de sua incorporação por grandes organizações não-governamentais, que estavam aptas a negociar os interesses particulares da comunidade homossexual sem perder de vista a dimensão universalista da problemática social da epidemia.

No caso da problemática etnia-raça/saúde, o processo foi diferente, porque esse espaço de mediação política foi ocupado não só por militantes do movimento negro, mas também por pessoas cujo discurso provém de lugares de enunciação 'alheios' às identidades do grupo estigmatizado (como é o caso dos antropólogos[1] e dos agentes do Estado, apesar de eles se perceberem como porta-vozes autorizados dos que são despojados da palavra no âmbito público). As posições, os recursos, as trajetórias e as retóricas desses agentes distintos são muito díspares entre si, gerando constantemente, nesses espaços, conflitos que mais devem ser conceituados, segundo Anjos, em termos de dominação racial e de imposição do poder (por parte dos que possuem maior capital cultural ou político) do que de atritos interétnicos.

Segundo esse autor, para os líderes do movimento negro — cuja legitimidade como porta-vozes constrói-se a partir de suas narrativas biográficas e de suas posições antiintelectualistas —, tem sido difícil acumular o capital político e cultural suficiente e necessário para construir um discurso que parta de uma visão global, como conseguiram fazer os agentes homossexuais provenientes de identidades e atividades locais. O autor conclui que não há razões objetivas para esperar que as condições de interlocução no interior dessas "comunidades de comunicação interétnicas" se adaptem aos requisitos do ideal de uma comunidade de argumentação eticamente constituída.

Todavia, partindo de meu desconhecimento da realidade brasileira e das reflexões que se fizeram na Colômbia sobre a configuração da questão

[1] J. C. dos Anjos utiliza a categoria dos antropólogos como se esta designasse um conjunto homogêneo de investigadores, desconhecendo os debates que se deram no interior da disciplina sobre a relação e as tensões entre conhecimento e política.

étnica para as comunidades negras, me surgem outras perguntas. Uma delas é sobre a influência que as formas pelas quais as identidades foram entendidas, a partir do movimento negro, podem exercer em sua formação como atores políticos e em seu poder como interlocutores das políticas públicas. Conquanto, para muitos, a identidade tenha sido entendida como algo enraizado numa série de práticas, concebidas como essenciais e ancestrais — como seria o caso dos remanescentes dos quilombos, no Brasil, ou das comunidades negras do Pacífico, na Colômbia —, para outros, a identidade foi interpretada como um projeto em construção. A pessoa 'torna-se' negra mediante um processo de posicionamento político-cultural na prática (Hall, 1999).

Essas tendências manifestam um desejo de construir uma identidade negra fora das imagens construídas pelos grupos sociais dominantes, e expressam o anseio de passar de uma forma de identidade de resistência para uma identidade de projeto, de acordo com os termos de Castells (1997). Segundo esse autor, a primeira seria uma identidade gerada pelos atores que se encontram em posições desvalorizadas ou estigmatizadas pela lógica da dominação, razão pela qual eles constroem espaços de resistência e sobrevivência baseados em princípios diferentes dos propostos pelas instituições dominantes. A segunda, a identidade de projeto, seria aquela em que os atores sociais, dado o material cultural estabelecido de que dispõem, procurariam construir uma nova identidade, capaz de redefinir sua posição na sociedade e, com isso, transformar toda a estrutura social.

Da genealogia do poder à hermenêutica do sujeito

Para terminar, eu gostaria de voltar às colocações iniciais de José Carlos dos Anjos, quando ele calcou sua reflexão sobre a saúde e a raça numa perspectiva foucaultiana do biopoder. Vou fazê-lo trazendo para o cotejo a sugestiva exposição de Didier Fassin (1999) a propósito dos enfoques foucaultianos sobre medicina, saúde e doença. Diz Fassin que a maioria dos estudos realizados sobre essa problemática, nas ciências sociais, referiu-se à questão do nascimento da clínica, o que corresponderia à primeira fase do trabalho de Foucault (1963), ou seja, a sua fase 'arqueológica', orientada para o estudo da construção do olhar médico sobre o corpo.

Outra série de trabalhos históricos, antropológicos e sociológicos — entre os quais poderíamos situar o de Anjos — foi feita sobre políticas de saúde e utilizou o conceito de biopoder, desenvolvido na segunda fase do trabalho de Foucault (1976), a fase genealógica, para denunciar o controle crescen-

te da sociedade e, em especial, do Estado, através do disciplinamento dos corpos e da regulação da população. A tese de Fassin diz que, para entender o que ocorre hoje no campo da saúde, além da aplicação do político ao biológico, é preciso abordar a questão a partir dos processos de subjetivação — terceira fase, ou fase hermenêutica — através dos quais o mundo social é representado e as desigualdades sociais se mostram de modo caricato (na medida em que é um modo psicologizante). Minha pergunta é se esse espaço conceitual, que foi muito pouco explorado, poderia ser fecundo para a compreensão da relação entre etnicidade e saúde.

Uma das transformações culturais mais importantes de nossa época, em particular na sociedade ocidental, é a passagem de uma visão de saúde pública que enfatiza a luta para diminuir as desigualdades sociais relacionadas com a saúde para uma política social que incorpora tanto o sofrimento psíquico (isto é, a experiência subjetiva da doença) quanto uma visão do indivíduo como ser sofredor. Esse deslocamento ocorre simultaneamente e como conseqüência de uma nova representação do espaço social, como uma sociedade que já não se organiza vertical e hierarquicamente, mas se estrutura horizontalmente, com um interior composto pelos integrados e um exterior que reúne os excluídos (os deficientes, os velhos, os desabrigados, os doentes de Aids etc.). Essa exclusão contemporânea se caracterizaria por dois traços: a vitimação e a singularização. A vitimação seria acompanhada por uma reprovação das vítimas como irresponsáveis, enquanto a singularização faz referência às características do individualismo negativo — perda dos vínculos antes gerados pela inserção no trabalho, impossibilidade de construir um projeto de vida —, descritas por Robert Castel (1995) em seu livro *As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do assalariado.*

Poderíamos dizer que assistimos hoje a uma era em que o biopoder começa a se caracterizar mais por sua impotência do que por seu excesso de controle, um período em que a margem de ação dos agentes locais é muito reduzida e em que o nível de frustração gerado pelas novas situações sociais é muito alto (Bourdieu, 1993). É importante deixar claro, no entanto, que essa mudança é uma transformação mais gradativa do que radical e que, atualmente, essas duas maneiras de conceber as desigualdades sociais e as políticas sociais coexistem. Embora esse processo seja mais evidente na Europa e nos Estados Unidos, as sociedades latino-americanas não estão alheias a ele e, do mesmo modo que se pode falar de uma globalização da economia, poder-se-ia falar de uma globalização da subjetividade.

Um dos sintomas dessa mudança é o papel hoje desempenhado pelas formas de ajuda humanitária no campo da saúde. Talvez seja necessário lem-

brar que a realidade global da subjetivação das desigualdades sociais é sempre diferenciada, e que o sofrimento dos diferentes setores sociais não é percebido da mesma maneira pela sociedade nem ocupa o mesmo lugar no espaço público. Isso significa que a vida das pessoas de um mesmo país não tem a mesma existência social e que, por esse ponto de vista, a vida dos membros dos grupos sociais dominados — e, no caso que nos interessa, das etnias dominadas — não dá margem ao mesmo tratamento que teria a vida de um membro dos grupos sociais ou etnias dominantes.

Para dizê-lo de outra maneira, é como se existissem escalas de valores diferentes para medir a humanidade das vidas (Fassin, 2001), escalas estas que têm como resultado o genocídio oculto de que falamos no início deste texto. Essas novas realidades certamente trazem conseqüências para os estudos realizados pelas ciências sobre a saúde e as políticas públicas de saúde. Uma reflexão sobre a relação entre a etnicidade e a saúde no mundo contemporâneo também deve levar em conta os processos de subjetivação das desigualdades sociais sanitárias das etnias dominadas, o que sustenta e dá sentido às políticas de saúde com que se responde a essas desigualdades.

Tradução de Vera Ribeiro.

Referências bibliográficas

BOURDIEU, P. *Le Sens Pratique.* Paris: Éditions de Minuit, 1980.

BOURDIEU, P. *La Misère du Monde.* Paris: Éditions du Seuil, 1993.

CASTEL, R. *Les Métamorphoses de la Question Sociale: une chronique du salariat.* Paris: Fayard, 1995.

CASTELLS, M. *Le Pouvoir de l'Identité.* Paris: Fayard Éditions, 1997.

DOZON, J. P. Le Sida et l'Afrique ou la causalité culturelle en question. In: DOZON, J. P. & FASSIN, D. (Orgs.) *Une Critique de la Santé Publique: une approche anthropologique,* Paris: Balland, 2001.

DOZON, J. P. & FASSIN, D. (Orgs.) *Une Critique de la Santé Publique: une approche anthropologique.* Paris: Balland, 2001.

FASSIN, D. La patetización del mundo. Ensayo de antropología política del sufrimiento. In: VIVEROS, M. & GARAY, G. (Orgs.) *Cuerpo, Diferencias y Desigualdades.* Bogotá: CES/Universidad Nacional de Colombia, 1999.

FASSIN, D. Au coeur de la cité salubre: la santé publique entre les mots et les choses. In: DOZON, J. P. & FASSIN, D. (Orgs.) *Une Critique de la Santé Publique: une approche anthropologique.* Paris: Balland, 2001.

FAY, C. Du culturel, de l'universel ou du social. Penser le Sida et la prévention au Mali. In: BECKER, C. et al. (Orgs.) *Vivre et Penser le Sida en Afrique.* Paris: Codesria-Karthala-IRD, 1999.

FOUCAULT, M. *Naissance de la Clinique: une archéologie du regard medical.* Paris: Presses Universitaires de France, 1963.

FOUCAULT, M. *Histoire de la Sexualité. I. La volonté de savoir,* Paris: Gallimard, 1976. [*História da Sexualidade. I. A vontade de saber,* 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985].

HALL, S. Identidad cultural y diáspora. In: CASTRO-GÓMEZ, S.; GUARDIOLA-RIVERA, O. & MILLÁN DE BENAVIDES, C. (Orgs.) *Pensar (en) los Intersticios: teoría y práctica de la crítica postcolonial.* Bogotá: Colección Pensar, 1999.

LAVOU-ZOUNGBO, V. Du nègre comme un hercule doublé d'un Saint-Phallus: une humanité différée. *Marges,* 21:59-93, 2001.

SOMBRA SARAVIA, J. F. Silencio y ambivalencia: el mundo de los negros en Brasil. *América Negra,* 6:37-53, 1993.

VIVEROS VIGOYA, M. Dionisios negros: corporalidad, sexualidad y orden socioracial en Colombia. In: FIGUEROA MUÑOZ, B. & SANMIGUEL, P. (Orgs.) *¿Mestizo yo?* Bogotá: CES/Universidad Nacional, 2000.

Parte III SAÚDE REPRODUTIVA E POPULAÇÃO INDÍGENA

QUESTÕES DE SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER INDÍGENA NO BRASIL

Carlos E. A. Coimbra Jr. e Luiza Garnelo

Nos últimos vinte anos, a literatura brasileira sobre saúde reprodutiva e saúde da mulher experimentou um rápido crescimento, sendo caracterizada pela produção de grande número de artigos e livros cujos temas incluem, além dos campos disciplinares que tradicionalmente têm se dedicado ao assunto (tais como demografia, direitos reprodutivos e políticas públicas), estudos que enfocam relações de gênero, saúde sexual, anticoncepção, epidemiologia de doenças sexualmente transmissíveis e câncer ginecológico, entre outros (cf. Franchetto, Cavalcanti & Heilborn, 1983; Galvão & Díaz, 1999; Giffin & Costa, 1999; Hardy, 1998; Labra, 1989; Mendonça, 1993).

É importante frisar que as investigações empíricas sobre saúde reprodutiva e saúde da mulher realizadas no país, tanto as de orientação socioantropológica como as de recorte epidemiológico, desenvolveram-se sobretudo em contextos urbanos. Além disso, enfocaram grupos étnico-raciais específicos e, aqueles que o fizeram, trabalharam em sua expressiva maioria com mulheres negras (cf. Barbosa, 1998; Barros, Victora & Horta, 2001; Cruz & Pinto, 2002; Martins & Tanaka, 2000; Olinto & Olinto, 2000, Pinto & Souza, 2002). No contexto das pesquisas com recorte étnico, permanece como grande lacuna no conhecimento os determinantes socioculturais, ambientais e biológicos da saúde reprodutiva da população indígena no Brasil.

Em geral, os estudos de orientação antropológica sobre a mulher indígena no Brasil não têm abordado aspectos específicos da saúde. Já as poucas pesquisas epidemiológicas sobre saúde reprodutiva da mulher indígena tendem a ser restritas, enfocando particularmente as infecções sexualmente transmitidas ou o câncer ginecológico. Em sua grande maioria, tanto os estudos antropológicos como os epidemiológicos foram realizados entre poucas etnias situadas na Amazônia, o que restringe a possibilidade de generalização.

O desconhecimento acerca de questões básicas da saúde reprodutiva e da saúde da mulher indígena caminha, paralelamente, com a precária infra-estrutura física e organizacional dos serviços de saúde. Essa dimensão faz parte de um cenário mais amplo, no qual a exigüidade de investigações, a ausência de censos e de outros inquéritos regulares, aliados à precariedade dos sistemas de informação (em especial registros de morbidade e de mortalidade), impossibilitam que se trace de forma satisfatória o perfil epidemiológico das populações indígenas no Brasil (Coimbra Jr. & Santos, 2000).

O objetivo deste trabalho é abordar algumas questões que identificamos como particularmente importantes na área da saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. Especificamente, três temas serão abordados: 1) a interface entre dinâmica demográfica e saúde reprodutiva, sobretudo no que tange à fecundidade; 2) perfil epidemiológico relacionado ao campo da saúde reprodutiva; 3) fatores socioculturais relacionados à saúde reprodutiva, com ênfase na interface entre antropologia da saúde e serviços de saúde.

Demografia indígena e saúde reprodutiva

As discussões no campo da saúde reprodutiva envolvem, de uma maneira direta ou indireta, referências à dinâmica demográfica e, sobretudo, à fecundidade. No tocante aos povos indígenas, tais discussões esbarram numa quase que absoluta ausência de dados. Praticamente, a única informação demográfica disponível para o universo mais amplo dos povos indígenas no Brasil, e que está longe de ser confiável, diz respeito a tamanho populacional.[1] Análises pormenorizadas sobre fecundidade, mortalidade e migração, entre outros aspectos da dinâmica demográfica, são de difícil consecução entre os povos indígenas. O censo demográfico nacional, somente a partir de 1991, passou a incluir a categoria 'indígena' sob o quesito 'cor', não sendo disponível informação sobre filiação étnica específica (Azevedo, 2000; Coimbra Jr. & Santos, 2000).

A ausência de informações demográficas abrangentes impede que sejam realizadas análises sobre os padrões de fecundidade dos povos indígenas, de

---

[1] Veja, por exemplo, as informações díspares sobre tamanho da população indígena no Brasil, disponibilizadas na Internet por órgãos governamentais, como a Fundação Nacional do Índio (Funai) (http://www.funai.gov.br/), a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (http://www.funasa.gov.br/ind/ind00.htm) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (http://www.ibge.gov.br/).

grande relevância em discussões sobre saúde reprodutiva. Diante de tal quadro, resta a alternativa de, a partir de estudos de caso específicos, procurar traçar alguns delineamentos. Com ressalvas, é possível identificar algumas questões relativas ao universo mais amplo do segmento indígena no Brasil.

Um dos aspectos que mais chama a atenção na literatura sobre demografia indígena no Brasil é a constatação de elevados níveis de fecundidade. Para o ano de 1996, a taxa de fecundidade total (TFT) para o Brasil era de 2,32, variando de 2,05 (região Sudeste) a 3,01 (região Norte) (Datasus, 2000). Estudos em demografia antropológica publicados nas últimas duas décadas indicam níveis de fecundidade em mulheres indígenas substancialmente mais elevados que os observados para as mulheres não-indígenas no Brasil, via de regra superiores a 5-6 filhos (Azevedo, 2000; Early & Peters, 1990; Flowers, 1994; Meireles, 1988; Picchi & College, 1994; Souza & Santos, 2001; Werner, 1983).

No que tange aos determinantes da alta fecundidade, podem ser citados a valorização sociocultural de famílias numerosas, as elevadas cifras de mulheres indígenas envolvidas em uniões conjugais, o início da vida reprodutiva relativamente cedo (se comparado aos padrões ocidentais) e os intervalos intergenésicos (entre os partos) curtos, entre outros.

Um caso ilustrativo é aquele dos Xavantes, cujos dados demográficos para o período de 1993 a 1997 foram analisados recentemente por Souza & Santos (2001). A fecundidade entre os Xavantes de Sangradouro-Volta Grande, em Mato Grosso, é elevada, traduzindo-se em uma TFT próxima de 8,6 filhos. Essa alta fecundidade está intimamente associada a intervalos intergenésicos curtos, combinados com a iniciação da fase reprodutiva logo no começo da segunda década de vida, por volta dos 13-14 anos, e que se estende até os 40-45 anos. Nos cinco anos analisados, observou-se que a mulher mais jovem e a mais velha que geraram crianças tinham, respectivamente, 13 e 45 anos, e a média dos intervalos interpartais foi de 23,3 meses. No final da terceira década de vida, aos 29 anos de idade, 93% das mulheres da amostra já estavam casadas.

O estudo de Early & Peters (1990), que enfocou os Yanomami da região de Mucajaí, em Roraima, também traz informações valiosas para a compreensão dos determinantes do perfil de elevada fecundidade apresentado por essa sociedade. Nesse grupo, as meninas vivem na casa dos pais até, aproximadamente, dois anos após a menarca (12,4 anos), quando então se mudam para a casa dos pais do noivo. A idade média da mãe por ocasião do nascimento do primeiro filho é de 16,8 anos. As mães Yanomami geralmente não engravidam nos dois primeiros anos após o nascimento, pela combinação do efeito da amamentação (supressor da ovulação) e a existência de prescrições contra a prática de relações sexuais ao longo do primeiro ano de vida da criança. Em decor-

rência, 70% dos intervalos interpartais situam-se entre 2,0 e 3,5 anos, com uma média de 2,3 anos. A combinação entre um início relativamente cedo da reprodução, exposição continuada à gravidez e período de lactação prolongado faz com que as mulheres Yanomami atravessem cerca de 90% de suas vidas, entre os 15 e 40 anos, grávidas e/ou amamentando.

Uma outra diferença significativa entre mulheres indígenas e não-indígenas no Brasil, para além das magnitudes nos níveis de fecundidade, relaciona-se às tendências temporais. A população brasileira está atravessando uma acentuada transição demográfica. A fecundidade passou a declinar a partir da década de 1960, quando a TFT era de 6,3 (Duchiade, 1995), caindo para 2,3 em 1996 (Datasus, 2000). No caso dos povos indígenas, não há evidências que apontem para um padrão de alteração da fecundidade de modo tão expressivo como o observado entre os não-indígenas. Se nos pautarmos nos estudos de caso, o que se observa, em algumas situações, é o inverso, ou seja, um aumento da fecundidade, sobretudo em grupos que se recuperaram das graves crises associadas ao estabelecimento do contato com a sociedade nacional (Flowers, 1994).

Não é demais ressaltar que as informações demográficas mencionadas não são representativas do universo dos povos indígenas. Pelo contrário, são geográfica e etnograficamente bastante circunscritas, referentes a grupos localizados sobretudo na região Amazônica. Praticamente inexistem informações sobre a dinâmica demográfica de grupos localizados nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. É possível que os padrões de fecundidade das mulheres indígenas nessas regiões, e também na própria Amazônia, sejam distintos daquele delineado anteriormente. Por exemplo, a redução do número médio de filhos no Brasil ocorreu devido à difusão maciça de métodos anticoncepcionais, principalmente a pílula e a esterilização por laqueadura tubária (Duchiade, 1995). Até que ponto essas práticas e a esterilização, em particular, atingiram de forma disseminada as mulheres indígenas nessas regiões, que concentram as maiores freqüências de esterilizações em não-indígenas, é algo desconhecido.

Com base nisso, pode-se concluir que, ao menos nos casos documentados, a tendência da demografia indígena caminha no sentido de manutenção de altas TFT, divergindo de modo acentuado do que se verifica na população brasileira em geral. A este fato pode-se adicionar a crescente politização do tema do incremento populacional indígena. Apesar de não existirem pesquisas mais aprofundadas sobre o tema, o posicionamento público dos militantes do movimento indígena na Amazônia é de oposição à adoção de quaisquer práticas contraceptivas, fazendo ressalvas, inclusive, ao uso de preservativos masculinos.

A ausência de estudos sistemáticos sobre o assunto não permite qualquer inferência sobre a penetração destas práticas nas comunidades. No en-

tanto, as posições públicas de dirigentes de lutas etnopolíticas, que vêm sendo conduzidas com sucesso no país, não podem ser ignoradas. As mesmas influem diretamente sobre o direcionamento de políticas públicas de saúde reprodutiva, particularmente se considerarmos que, na Amazônia Legal, o processo de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas vem sendo terceirizado, isto é, executado através de organizações (não-governamentais) indígenas e/ou de apoio à causa indígena, conveniadas com o órgão estatal. O fato de, por razões aparentemente ligadas à especificidade dessas culturas, a grande maioria dos mediadores etnopolíticos ser do sexo masculino não vem sendo levado em consideração, no que diz respeito às possíveis conseqüências da imposição de uma visão androcêntrica sobre os rumos de políticas e programas nas áreas de saúde reprodutiva da mulher indígena no país.

Saúde reprodutiva da mulher indígena: aspectos epidemiológicos

No tocante às condições específicas de saúde reprodutiva das mulheres indígenas no Brasil, grande parte dos agravos à sua saúde (principalmente aqueles de etiologia infecto-parasitária) não lhes são exclusivos, ocorrendo em diferentes graus e intensidades em mulheres de outras etnias/raças ou classes sociais. No entanto, em relação às mulheres indígenas, há particularidades que merecem ser destacadas por suas implicações sobre a saúde reprodutiva.

Como vimos anteriormente, nos grupos indígenas para os quais se dispõe de informações demográficas, as taxas de fecundidade são bastante elevadas. Doenças carenciais específicas (como a anemia), assim como as principais doenças parasitárias endêmicas na população indígena (como a malária e as verminoses), podem ser associadas à produção de situações de gravidezes de risco cuja repercussão sobre a saúde da mulher e da criança ainda está por ser mais bem avaliada. A anemia deve ser vista como uma das questões mais importantes, associada a complicações da saúde da mãe e da parturiente (cf. L. Brabin & B. Brabin 1992; B. Brabin, 1985; Royston, 1982). O parasitismo por ancilostomídeos, por exemplo, altamente endêmico nas populações indígenas, está associado ao aumento das perdas de ferro, agravando o quadro anêmico em mulheres grávidas (B. Brabin, 1985; Bundy, Chan & Savioli, 1995). A anemia, particularmente na malária crônica, tende a ter maior impacto sobre mulheres adolescentes e adultas jovens, em especial as primíparas, que parecem ser mais suscetíveis à parasitose (B. Brabin, 1985). Cerca de 60% da população indígena do país encontram-se em áreas de risco para transmissão da malária (Ianelli,

2000). Berquó, Araújo & Sorrentino (1995) observam que, em mulheres gestantes, a malária pode ter como conseqüência um aumento das taxas de aborto espontâneo, parto prematuro, baixo peso do recém-nascido e morte materna.

Os impactos sobre a saúde das mudanças socioculturais e ambientais que se processam em praticamente todas as populações indígenas têm apontando para elevadas taxas de morbi-mortalidade por doenças infecto-parasitárias, elevada mortalidade infantil e desnutrição (Coimbra & Santos, 2001; Gugelmin, Santos & Leite, 2001; Pithan et al., 1991). Em vários grupos, verifica-se, concomitantemente, o aumento da incidência de doenças metabólicas (diabetes *mellitus*) e cardiovasculares, além de obesidade, alcoolismo e suicídio (Aguiar & Souza, 2000; Coimbra Jr., Chor e Santos, 2001; Erthal, 2001; Santos & Coimbra, 1996; Vieira-Filho, 1996). Esse quadro, ainda pouco conhecido, reveste-se de extrema complexidade e relevância, por suas implicações em todas as fases de vida da mulher e não apenas em seu ciclo reprodutivo. Por exemplo, os riscos potencializados pela associação entre gravidez, obesidade e diabetes são bastante conhecidos.

No que se refere especificamente à saúde reprodutiva da mulher indígena, os pouquíssimos estudos disponíveis revelam um quadro alarmante, marcado por elevadas prevalências de doenças sexualmente transmissíveis, lesões ginecológicas de etiologia variada, mastopatias, além de queixas generalizadas de dores no baixo ventre, dispareunia e leucorréia.

Por exemplo, um inquérito realizado em cerca de 90 mulheres Suruí (Rondônia), em idade reprodutiva, evidenciou 42% das examinadas com leucorréia, 56% com ectopia cervical, 12% com cicatriz cervical, 7% com cancro luético e 7% com dispareunia. Quanto à colpocitologia, os exames mostraram infecções mistas por *Trichomonas*, *Candida* e/ou *Gardnerella* em aproximadamente 10% das mulheres. Alterações citopatológicas indicativas de infecção por HPV foram registradas em cerca de 1,5% dos exames (Costa, Coimbra Jr. & Tsumori, 1991; Costa et al., 1993). No Pará, Brito et al. (1996) examinaram oitenta mulheres Parakanã, das quais cerca de 90% apresentaram alguma patologia cervical, em geral de etiologia infecciosa. Chama a atenção a elevadíssima prevalência de esfregaços com evidências de infecção por HPV, da ordem de 23%.

Em inquérito realizado na população indígena do Alto Xingu, Taborda et al. (2000) observaram quadro semelhante aos anteriormente descritos, qual seja, proporção elevada de esfregaços vaginais (maior que 80%) apresentando atipias celulares de natureza inflamatória, em geral decorrentes de infecções sexualmente transmitidas. Vale ainda mencionar o inquérito soro-epidemiológico para *Chlamydia* sp., realizado por Ishak et al. (1993) na população adulta das etnias Kayapó-Xikrín, Kayapó-Kubenkrankégn e Parakanã, no Pará. Esse in-

quérito evidenciou elevada prevalência de infecção por *Chlamydia* entre as mulheres, da ordem de, aproximadamente, 78%, 37% e 98%, respectivamente (ver também Ishak & Ishak, 2001).

O número de casos de câncer (em especial de mama e cérvico-uterino), aparentemente raros no passado (Campos, 1960), parece estar aumentando, haja vista os vários relatos, nem sempre formalmente documentados, de profissionais de saúde que atuam no atendimento dessas populações. Publicações recentes confirmam a importância de se realizar inquéritos epidemiológicos mais abrangentes visando um melhor delineamento da questão (Lima et al., 2001; Taborda et al., 2000).

Fatores socioculturais e saúde reprodutiva

Mesmo um rápido olhar sobre a trajetória de construção do campo da saúde reprodutiva leva-nos a identificar a Conferência do Cairo, realizada em 1994, como um importante marco rumo à superação da visão instrumental da mulher e da reprodução, viabilizando a incorporação da perspectiva de gênero. Segundo Berquó (1998), a reunião também propôs uma concepção de 'direitos reprodutivos' como uma forma de direitos humanos, ligados à superação das desigualdades de classe, de etnia/raça e de gênero. A Conferência do Cairo constitui um marco na politização do tema da saúde reprodutiva, superando a ênfase tradicional em controle de natalidade e vinculando a discussão à multisetorialidade, à superação das desigualdades sociais e à participação democrática qualificada e informada (Berquó, 1998; United Nations, 1994; Wang & Pillai, 2001).

Embora essas informações possam soar corriqueiras para os estudiosos da área de reprodução humana e saúde reprodutiva, é pertinente aqui recapitulá-las, pois as mesmas ainda pouco penetraram nas discussões sobre saúde indígena.[2] Nesta seção, procuraremos problematizar algumas expressões pró-

---

[2] Por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o tema "Identidade e Saúde da Mulher Indígena" foi pela primeira vez abordado durante reunião destinada a debater saúde e direitos da mulher (Brasil, 1987). A esta Conferência seguiram-se reuniões regionais sobre as condições de vida da mulher indígena, promovidas por organizações não-governamentais, nem sempre enfocando especificamente o tema da saúde (1º Encontro de Mulheres Índias do Amazonas e Roraima, 1990; Ramos, 1990). As Conferências Nacionais de Saúde do Índio, em especial a última, realizada em 2001, também debateram aspectos da saúde reprodutiva da mulher indígena. Em nenhuma dessas oportunidades, no entanto, os debates foram balizados a partir dos marcos conceituais propostos no Cairo.

prias das culturas indígenas, as quais devem ser levadas em conta no estabelecimento de uma política culturalmente sensível de saúde reprodutiva e saúde da mulher.

Conforme mencionamos na introdução, a contribuição da antropologia à saúde reprodutiva e à saúde da mulher indígena é restrita a uns poucos grupos, em geral amazônicos, e não aprofunda questões específicas do campo da saúde, em especial no tocante aos determinantes de doenças ou de outros agravos. Trata, principalmente, de temas relacionados à inserção socioeconômica e política da mulher nas sociedades indígenas, nos rituais e na construção cultural do corpo/gênero (vide Castro, 1987; Francheto, 1996; Hill, 2001; McCallum, 1994; Murphy & Murphy, 1974; Perrin & Perruchon, 1997). Não obstante, à luz da Conferência do Cairo, esse conjunto de estudos pode e deve ser entendido como contribuições à saúde reprodutiva. Isso porque essas informações oferecem um importante referencial teórico para subsidiar a formulação de políticas públicas em saúde reprodutiva e sexual, assim como para o planejamento e a programação destas ações nas comunidades indígenas.

Deve-se ainda ressaltar que, em seu conjunto, os estudos etnográficos exploram aspectos culturais enfatizados pelos teóricos e militantes ligados ao campo da saúde reprodutiva, que, além de alertarem para o risco de nos restringirmos a uma pauta unicamente biomédica, também recomendam a adoção de enfoques que levem em conta categorias como sexualidade, gênero, corporalidade e poder, dentre outras. Deve-se mencionar, no entanto, que os estudos antropológicos disponíveis não são imediatamente operacionalizáveis pelos profissionais diretamente vinculados ao subsistema de saúde indígena, exigindo um grande esforço de apreensão de seus sentidos e de reflexão sobre formas possíveis de aplicá-los em ações de saúde. Além disso, a impossibilidade de generalizá-los para além de seus contextos etnográficos particulares reforça a necessidade de se empreenderem novos estudos, incluindo grupos do Nordeste, Sul e Sudeste do país, visando um melhor delineamento sobre o assunto.

Do ponto de vista antropológico, deve-se também atentar para os impactos do processo de mudanças socioculturais pelos quais expressiva parcela da população indígena no Brasil vem passando, particularmente nas múltiplas esferas de atuação da mulher, com implicações diretas sobre sua saúde. Nesse contexto, um aspecto que merece ser destacado é a redução do papel econômico da mulher decorrente da reorientação da economia indígena para o mercado, gerando uma diminuição da complementaridade de papéis na divisão sexual do trabalho. Entre os Suruí de Rondônia, por exemplo, tal situação, decorrente da substituição da roça indígena (espaço de domínio eminentemente feminino) pela monocultura cafeeira, seguida do comércio de madeira (ambas

atividades de responsabilidade masculina), fez-se acompanhar de significativa redução da esfera de influência da mulher, implicando perda de espaço político e decisório na sociedade, além da exposição a doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros agravos (Coimbra Jr., 1989). A agricultura voltada para atender demandas do mercado regional, aliada à pecuária, à extração de madeira, ao garimpo e a outras atividades econômicas recém-adotadas por diferentes sociedades indígenas amazônicas, afeta diferencialmente homens e mulheres, como também demonstraram Stocks & Stocks (1984), em estudo comparativo realizado entre os Candoshi, Cocamilla e Shipibo na Amazônia peruana.

Se, por um lado, grupos indígenas do sudoeste e sul amazônico — como os Suruí exemplificados no parágrafo anterior — tiveram suas dinâmicas sociais profundamente alteradas pela rápida mercantilização de suas economias, por outro, há situações em que, apesar do maior tempo de contato com a sociedade nacional, a economia de subsistência permaneceu prioritária, assim como também foram mantidas as formas tradicionais de divisão do trabalho, centradas na complementaridade entre os gêneros. Esse é o caso, por exemplo, de vários povos indígenas situados no Alto Rio Negro. Os contrastes entre os contextos do noroeste e sudoeste amazônicos exemplificam os limites da generalização baseada em estudos etnográficos específicos.

Contemplar a diversidade cultural na saúde reprodutiva implica, forçosamente, tornar complexa a discussão, pois mesmo uma proposta ampla como aquela formulada na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1996, mostra-se inadequada para a adoção direta em sociedades indígenas (pelo menos no caso das sociedades amazônicas), como veremos a seguir.

No Cairo, saúde reprodutiva foi conceituada como:

> um completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros e aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a de outros métodos de regulação da fecundidade cuja escolha não contrarie a lei, bem como ao direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar

> com segurança pela gestação e pelo parto, proporcionando aos casais a chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais, e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis.

Apesar dos indiscutíveis avanços da Declaração do Cairo, em especial quando comparados às abordagens estritamente biomédicas da reprodução humana, sua aplicabilidade à realidade indígena gera alguns problemas. Ao assentar-se no pressuposto — não explicitado com clareza, mas nem por isso menos influente — da 'liberdade individual de escolhas', a Declaração conflita com princípios norteadores fundamentais das sociedades indígenas, centrados na primazia dos 'direitos coletivos' sobre os 'direitos do indivíduo'.

Em sociedades onde a construção coletiva da 'pessoa'[3] subordina as formas de representação da corporalidade, da sexualidade e da individualidade, *slogans* feministas como o "nosso corpo nos pertence" não encontram inserção nos modos rotineiros de entender e de organizar a vida. Aquilo que, no âmbito da academia, chamamos de 'direitos reprodutivos' não encontra uma correspondência fácil com os princípios de organização sociopolítica dos grupos de parentesco que estruturam as sociedades indígenas e que moldam a expressão das relações de gênero. Além disso, as representações e práticas indígenas sobre reprodução humana e os cuidados que visam preservá-la não são nem 'métodos', nem 'técnicas' e nem 'serviços', como aqueles pleiteados pela Declaração do Cairo; mas, sim, produções culturais ancoradas em outros pressupostos que não aqueles vinculados à taxonomia biomédica.

---

3 Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro (1979) mostram como nas sociedades indígenas a noção de 'indivíduo' é tomada por seu lado 'coletivo', ou seja, o indivíduo é um instrumento, um complemento da categoria prioritária que é o 'grupo social'. A produção de indivíduos só faz sentido na medida em que eles se reconheçam e sejam reconhecidos como membros de uma sociedade específica, à qual, obrigatoriamente, sua existência deve se referir. Assim, a noção de indivíduo, tal como reconhecida no Ocidente, não faz sentido em sociedades cujos membros são categorizados como 'pessoas culturalmente produzidas', cuja existência não é produto de opção individual, mas sim de uma outorga da sociedade.

Tais questões remetem ao espinhoso debate relativo à posição da mulher nas sociedades indígenas. Dada a impossibilidade de se generalizar sobre o tema, optamos por problematizar alguns aspectos socioculturais que podem influenciar a saúde reprodutiva. Essa temática pode ser exemplificada a partir de informações etnográficas sobre povos indígenas da região do Alto Rio Negro — Tukano e Arawak — para os quais não somente existe alguma literatura sobre o tema, mas também porque um dos autores (Luiza Garnelo) vem realizando pesquisas na região (devido à limitação de espaço, optamos por não abordar os Maku e os Yanomami).

Nas sociedades indígenas do Alto Rio Negro, diversos autores têm assinalado a influência das relações políticas, particularmente as trocas matrimoniais na posição ocupada pela mulher (Chernela, 1997; C. Hugh-Jones; 1979; S. Hugh-Jones, 1979; Jackson, 1983, 1988, 1992). Os grupos Tukano, por exemplo, demarcam o parentesco pela língua e praticam a exogamia, casando-se com mulheres que falem línguas diferentes da sua. Os Arawak, por sua vez, afirmam sua identidade através de marcadores culturais não-lingüísticos, praticando a exogamia entre fratrias. Em todos esses casos, a determinação de quem é ou não 'parente' não segue uma lógica biológica, mas 'classificatória', sendo a posição masculina tomada como referência (isto é, o pai é aquele quem determina a descendência). Além de patrilineares, as sociedades indígenas dessa região são também patrilocais, o que leva a muitas situações em que a mulher, por ir residir na aldeia de seu esposo, é vista como uma estranha, sequer falando a língua do marido e de seus parentes.

Há ainda outras expressões das culturas indígenas rionegrinas que posicionam a mulher em uma situação, diríamos, no mínimo 'frágil'. Por exemplo, essas sociedades também dispunham de elaborados rituais de passagem direcionados aos jovens púberes do sexo masculino, com exclusão obrigatória das mulheres. Tais rituais têm sido interpretados como uma forma de reprodução não-biológica da sociedade, pois viabilizavam a 'produção' de novos membros adultos do grupo sem a participação feminina. Esses ritos propiciariam uma potencialização da capacidade reprodutiva masculina, através da apropriação simbólica dos poderes fecundantes da feminilidade pelos membros masculinos do grupo (Jackson, 1988). Entre os Baníwa (grupo Arawak), as representações da concepção costumam situar a mulher como uma 'vasilha' que carrega a criança. Em caso de divórcio (pouco freqüente, mas possível), a norma determina que a prole permaneça com os parentes paternos, o que enfatiza o controle da descendência pelo pólo masculino da relação matrimonial.

Diversas expressões da cultura indígena rionegrina também influenciam diretamente na posição da mulher na sociedade. Como membro do

grupo dos perigosos 'outros', a mulher costuma ser representada através de uma série de atributos negativos — imprevisível, traiçoeira, poluidora, sexualmente voraz — que justificam sua exclusão dos espaços de poder. A violência simbólica imposta à figura feminina origina-se na própria estrutura destas sociedades. Cruza o espaço da dominação de gênero, remetendo a níveis mais profundos da sociedade, como o plano do parentesco, que regulamenta as regras matrimoniais e influi diretamente sobre o *status* auferido pela mulher. A subordinação feminina também é justificada através de mitos que atribuem à feminilidade a responsabilidade por boa parte dos infortúnios que acometem a humanidade. As mulheres são proibidas, por exemplo, de assistir ou participar dos rituais de passagem onde se adquire a condição de membro pleno da sociedade. Em conseqüência, reforça-se a restrição ao uso público da palavra, particularmente em contextos políticos, efetuando-se sua recategorização como seres incapazes de refletir sobre as conseqüências de seus atos.[4]

O conjunto de atributos negativos ligados à feminilidade não significa, entretanto, que as mulheres sejam vítimas indefesas de uma irrefreável violência masculina. No espaço doméstico, as mulheres gozam de considerável poder, não havendo muitas alternativas disponíveis para o marido submeter a esposa às suas vontades. Igualmente, não se deve subestimar a coação moral que as mulheres podem exercer. A contribuição feminina na divisão sexual do trabalho constitui outro fator equilibrador das relações de gênero, amenizando a violência simbólica anteriormente descrita.

As transformações trazidas pelo contato interétnico têm produzido algumas alterações na condição feminina nas sociedades rionegrinas, algumas das quais têm efeito diruptivo para a manutenção de uma organização social fundada em hierarquias de gênero, de geração e de grupos de parentes. Entretanto, essas mudanças não parecem ter provocado alterações consistentes na posição da mulher na sociedade, pois, ainda nos dias de hoje, as mulheres têm menos acesso à língua portuguesa, à escolaridade formal e à ocupação dos novos cargos trazidos pelo contato, como o de professores ou agentes de saúde. As relações com instituições não-indígenas, como os serviços de saúde, continuam a ser mediadas pelos homens.

---

[4] Os Baniwa utilizam o termo *manheke* para descrever a condição feminina. A tradução literal para o português é 'não pensa', isto é, uma pessoa irrefletida e egocêntrica, com escassa capacidade de reflexão sobre as conseqüências de suas atitudes.

Na população aldeada, questões relacionadas à saúde reprodutiva não costumam ser trazidas à atenção de profissionais de saúde não-indígenas. A demanda por cuidados pré-natais e no parto costuma ser baixa, sendo este um campo pouco medicalizado, que as sociedades indígenas rionegrinas parecem preferir manter sob seu próprio controle, remetendo aos serviços de saúde apenas uma pequena parcela de complicações de parto e puerpério. Não é possível saber se este comportamento será alterado com a oferta, ainda recente, de serviços de saúde por parte dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Ao iniciarmos esta discussão, designamos o assunto como 'espinhoso' (e o é de fato), já que nos expomos tanto às críticas das feministas quanto dos antropólogos (estes podem nos acusar de termos procedido uma análise apressada, generalizante e etnocêntrica). A abordagem de gênero na antropologia feita sobre as populações indígenas tem evidenciado uma série de vieses ligados à forma como os dados são obtidos. Antropólogas feministas como Nicole Mathieu (1973) têm demonstrando que os estudos etnológicos tendem a expressar uma visão androcêntrica das sociedades pesquisadas, tomando a perspectiva de informantes do sexo masculino como se fossem representativas de uma visão global da cultura. Tais questionamentos demonstram o pouco que sabemos das relações de gênero entre os povos indígenas e aponta para a possibilidade de que muitas informações que validamos sejam distorções advindas de inadequações metodológicas. Por outro lado, a abordagem de gênero também assinala a necessidade de problematizarmos as categorias com as quais trabalhamos no campo da saúde e que, às vezes, são aplicadas de forma simplificadora a contextos nos quais elas não fazem sentido.

A condição feminina descrita sumariamente pode parecer injusta ou inadequada quando observada unicamente a partir de um ponto de vista feminista, central na sociedade industrial contemporânea. A partir de uma perspectiva ocidental, a condição da mulher rionegrina é de subalternização. No entanto, propostas de intervenções apressadas e pouco informadas, que visem alterar esta condição, geram o risco de reproduzir posturas autoritárias, que só podem contribuir para incrementar a ameaça à integridade cultural e social de povos já tão fragilizados.

Valores ocidentais de igualdade e individualidade não podem ser impostos, por mais justos que nos pareçam ser. Os mesmos deverão ser desejados e conquistados a partir de consensos internos dos grupos, sob pena de se tornarem mais um instrumento de opressão na longa história de dominação étnica. Portanto, permanecem inúmeras questões para as quais só serão obtidas respostas através de pesquisas de campo realizadas em um maior número de sociedades. Por exemplo, como é possível conciliar direitos reprodutivos das

mulheres com as características das culturas aqui descritas? Como pode ser viabilizada a extensão dos direitos de contracepção e de decisão sobre a própria corporalidade em grupos cuja ordem social é fundada no controle de gênero? Não existe uma resposta fácil para estas questões, particularmente porque elas envolvem valores que não são partilhados por sociedades não-ocidentais.

As observações que fizemos sobre a condição feminina em algumas sociedades indígenas rionegrinas não têm pretensão de generalização, pois, como tivemos a oportunidade de reiterar anteriormente, entre os povos indígenas as situações são muito diversas, não havendo um padrão comum, aplicável a todos os grupos existentes no Brasil. A presente discussão pretende apenas exemplificar, chamar atenção para a necessidade de efetuarmos estudos sistemáticos sobre produções culturais e saúde, onde muitas noções implícitas nas políticas de saúde vigentes — sejam estas reprodutivas ou de outros tipos — podem desempenhar um papel etnocêntrico. Para nos habilitarmos a propor modelos de intervenção culturalmente sensíveis, teremos de ser capazes de conhecer com maior precisão as sociedades a quem eles possam se destinar, e de pactuar com seus membros as melhores formas de orientar a aplicação de políticas de saúde reprodutiva, limitando, assim, os riscos de intervenções que — mesmo baseadas, em tese, no respeito à cultura indígena — possam se mostrar agressivas aos fundamentos de ordens sociais que não nos cabe transformar.

Comentários finais

O processo de mudanças socioculturais e econômicas que tem sido experimentado por significativa parcela das sociedades indígenas no Brasil, que se acelerou nas últimas três décadas, tem levado à produção de um contingente populacional marcadamente pobre e altamente suscetível a vários agravos à saúde. Mudanças nos padrões de comportamento sexual e reprodutivo, comumente caracterizadas pela relação de homens e/ou mulheres indígenas com não-índios, tornam-se freqüentes em situação de contato e de enfrentamento com colonos, garimpeiros, militares em zonas de fronteira e outros. O abandono de esquemas tradicionais que promoviam o espaçamento das gestações e limitavam o número de filhos configura outro fator importante na determinação da saúde reprodutiva da mulher indígena.

Essas mudanças também têm sido acompanhadas, em muitos casos, de uma tendência à migração indígena, da aldeia para a cidade. Em determinados contextos, o processo de urbanização indígena, crescente em várias regiões do

país, pode implicar uma maior inserção da mulher no mercado de trabalho, sem que se verifique, contudo, um crescimento equivalente de seu poder político no seio do grupo familiar ou étnico. Esse processo, ainda muito pouco conhecido, certamente traz em seu bojo novos agravos à saúde reprodutiva da mulher indígena.

Esse conjunto de fatores implica novos riscos que, em muitos casos, podem levar à piora das condições de vida e de saúde e, por conseguinte, ao aumento de demandas pela assistência à saúde. Ao longo desse artigo, procuramos chamar a atenção para o mosaico de situações relativas à saúde reprodutiva (tanto do ponto de vista socioantropológico quanto epidemiológico) no qual se encontram as sociedades indígenas no Brasil.

Tal configuração representa importante desafio ao delineamento de uma política de saúde reprodutiva, assim como de um programa universal que atenda a diversidade de demandas no campo da saúde reprodutiva da mulher indígena no país.

Essa dificuldade faz-se ainda maior quando verificamos a ausência de dados sistemáticos e de qualidade sobre os mais elementares indicadores de saúde. A visibilidade de indicadores de saúde ligados à posição que grupos étnicos e/ou racialmente diferenciados ocupam em uma sociedade hierarquizada como a brasileira — e que vêm sendo manejados com eficácia política pelos militantes do movimento negro — é um recurso ainda pouco explorado na saúde indígena.[5] A inexistência de estatísticas básicas e confiáveis enfraquece politicamente a saúde indígena e gera um potencial desperdício dos já escassos recursos; impossibilitando a aplicação de metodologias epidemiológicas no planejamento e na avaliação de ações por parte dos recém-implantados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).[6]

---

[5] Esse quadro de 'invisibilidade' da saúde indígena, sobre a qual já tivemos a oportunidade de discutir anteriormente, tem profundas implicações sobre o aperfeiçoamento de uma política de saúde para as populações indígenas no país, assim como o planejamento, a definição de orçamentos e a avaliação de programas e de serviços de saúde, garantindo às populações indígenas um acesso e nas possibilidades de acesso mais equitativo aos serviços no Sistema Único de Saúde (Coimbra Jr. & Santos, 2000).

[6] Salvo raras exceções, a programação dos DSEI tem priorizado a demanda espontânea. A falta de dados impede que os mesmos demonstrem de maneira convincente a eficácia e eficiência do modelo atual, dificultando a defesa de uma política de saúde que, mesmo sendo produto de um fértil processo participativo, pode vir a ser aniquilada com uma simples medida de redução de orçamento ou por uma alegada impossibilidade de se comprovar uma relação positiva de custo-benefício na aplicação de recursos públicos.

Na maioria das vezes, tampouco os serviços de saúde destinados ao atendimento destas populações encontram-se preparados, tanto no que se refere à disponibilidade de recursos humanos como de infra-estrutura física, para prover atendimento especializado nas áreas da saúde reprodutiva e saúde da mulher. Por conseguinte, informações sobre morbidade e mortalidade, nem mesmo materna, são geradas. Este quadro resulta em uma situação de quase total desconhecimento acerca da saúde da mulher indígena, comprometendo não somente o debate sobre o tema, como também impondo sérios limites a um planejamento mais adequado das ações de saúde, principalmente aquelas de enfoque preventivo.

Profissionais que trabalham com saúde indígena e representantes indígenas nos fóruns deliberativos do sistema de saúde têm como consenso a necessidade de se estabelecer políticas públicas afirmativas, capazes de favorecer a eqüidade para aqueles que enfrentam maiores dificuldades de acesso à rede de serviços. O fato de ser consensual entre trabalhadores e agentes etnopolíticos não quer dizer que tal princípio seja aceito sem questionamentos por outros atores políticos que, apesar de não serem indígenas e nem estarem vinculados a esta proposta de trabalho, têm graus diversos de governabilidade sobre o subsistema de saúde indígena e sobre o desenvolvimento de programações direcionadas a estes povos.[7]

Outro desafio a ser enfrentado é o da diversidade cultural entre os povos indígenas, o que não só compromete a implementação de propostas técnicas e políticas unificadas para fazer frente à iniqüidade do sistema de saúde, mas também dificulta a necessária visibilidade dos problemas sanitários ligados à sua posição de minoria.[8]

---

[7] Este é o caso, por exemplo, de prefeituras e secretarias de saúde, para as quais a alocação de recursos adicionais necessários para garantir maior eqüidade no acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde é considerada desnecessária, ou mesmo indesejável.

[8] Por exemplo, a discriminação da categoria indígena no item 'cor' do censo nacional não apenas é pouco operacional para sua utilização no subsistema de saúde indígena, mas também é etnocêntrica, pois não deixa de ser uma agressão cultural essa redução simplificadora da diversidade cultural indígena a uma condição genérica de 'índio', visto sob o quesito 'cor'.

Referências bibliográficas

AGUIAR, J. I. A. & SOUZA, J. A. Alcoolismo em população Terena no Estado de Mato Grosso do Sul: impacto da sociedade envolvente. In: SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS, 4, Série Seminários e Congressos. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, Ministério da Saúde, 2000, p. 149-165.

AZEVEDO, E. Censos demográficos e "os índios": dificuldades para reconhecer e contar. In: RICARDO, C. A. (Org.) *Povos Indígenas no Brasil, 1996-2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000.

BARBOSA, M. I. S. *Racismo e Saúde*, 1998. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. & HORTA, B. L. Ethnicity and infant health in southern Brazil: a birth cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 30:1001-1008, 2001.

BERQUÓ, E. O Brasil e as recomendações do plano de ação do Cairo. In: BILAC, E. & ROCHA, M. I. (Orgs.) *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas*. São Paulo: Editora 34, 1998

BERQUÓ, E.; ARAÚJO, M. J. O. & SORRENTINO, S. R. *Fecundidade, Saúde Reprodutiva e Pobreza na América Latina: o caso brasileiro*. Campinas: Cebrap/Nepo/Universidade Estadual de Campinas, 1995.

BRABIN, B. J. Epidemiology of infection in pregnancy. *Reviews of Infectious Diseases*, 7:579-603, 1985.

BRABIN, L. & BRABIN, B. J. Parasitic infections in women and their consequences. *Advances in Parasitology*, 31:1-81, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher: Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRITO, E. B. et al. Estudo preliminar para detecção de cérvico-vaginites e lesões precursoras do câncer de colo uterino, em índias da tribo Parakanã. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 42:11-15, 1996.

BUNDY, D. A. P.; CHAN, M. S. & SAVIOLI, L. Hookworm infection in pregnancy. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 89:521-522, 1995.

CAMPOS, S. S. Estudos sobre o câncer nos índios do Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 17:33-50, 1960.

CASTRO, E. B. V. de. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In: OLIVEIRA, J. P. de. (Org.) *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1987.

CHERNELA, J. The ideal speech moment: women and narrative performance in the Brazilian Amazon. *Feminist Studies*, 29:73-96, 1997.

COIMBRA JR., C. E. A. *From shifting cultivation to coffee farming: the impact of change on the health and ecology of the Suruí indians in the Brazilian Amazon*, 1989. Tese de Doutorado, Bloomington: Indiana University.

COIMBRA JR., C. E. A.; CHOR, D. & SANTOS, R. V. Blood pressure levels in Xavánte adults from the Pimentel Barbosa indian reservation, Mato Grosso, Brazil. *Ethnicity and Disease*, 11:232-240, 2001.

COIMBRA JR., C. E. A. & SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5:125-132, 2000.

COIMBRA JR., C. E. A. & SANTOS, R. V. *Perfil epidemiológico da população indígena no Brasil: considerações gerais*. Documento de Trabalho n. 3. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Universidade Federal de Rondônia, 2001.

COSTA, R. L. B.; COIMBRA JR., C. E. A. & TSUMORI, T. *Projeto saúde indígena no Parque Aripuanã: componente saúde da mulher*. Relatório apresentado ao Hospital Evandro Chagas e à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1991. (Mimeo.)

COSTA, R. L. B. et al. Avaliação clínico-epidemiológica das condições de saúde da mulher indígena Suruí, Rondônia. In: XXIX CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL, 552, 1993. *Resumos...* Fortaleza: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical: 1993.

CRUZ, I. C. F. & PINTO, A. S. Condições para a saúde e o bem-estar? Inquérito sobre as mulheres negras do Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 18:340-341, 2002.

DATASUS (Departamento de Informática do SUS). *Indicadores e dados básicos, Brasil, 1997*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cgi/idb97/matriz.htm>. Acesso em 4 jan. 2000.

DUCHIADE, M. P. População Brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO M. C. S. (Org.) *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, 1995.

EARLY, J. D. & PETERS, J. F. *The Population Dynamics of the Mucajai Yanomama*. New York: Academic Press, 1990.

1º ENCONTRO DE MULHERES ÍNDIAS DO AMAZONAS E RORAIMA. *Mensageiro*, 63:107-110, 1990.

ERTHAL, R. M. C. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:299-312, 2001.

FLOWERS, N. M. Crise e Recuperação demográfica: os Xavánte de Pimentel Bar-

bosa, Mato Grosso. In: SANTOS R. V. & COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs.) *Saúde e Povos Indígenas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FRANCHETTO, B. Mulheres entre os Kuikúro. *Estudos Feministas,* 4:35-54, 1996.

FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L. V. C. & HEILBORN, M.L. *Perspectivas Antropológicas da Mulher.* Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

GALVÃO, L. & DÍAZ, J. (Orgs.) *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil.* São Paulo: Hucitec, 1999.

GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.). *Questões de Saúde Reprodutiva.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V. & LEITE, M. S. Crescimento físico de crianças indígenas Xavantes de 5 a 10 anos de idade em Mato Grosso. *Jornal de Pediatria,* 77:17-22, 2001.

HARDY, H. (Org.). Suplemento temático. *Cadernos de Saúde Pública,* 14 (1):4-148.

HILL, J. The variety of fertility cultism in Amazonia: a closer look at gender symbolism in northwestern Amazonia. In: GREGOR T. A. & TUZIN D. (Eds.) *Gender in Amazonia and Melanesia: an exploration of the comparative method.* Berkeley: University of California Press, 2001

HUGH-JONES, C. *From the Milk River: spatial and temporal processes in northwest Amazonia.* Cambridge: Cambridge University Press, 1979.

HUGH-JONES, S. *The Palm and the Pleiades: initiation and cosmology in northwest Amazonia.* London: Cambridge University Press, 1979.

IANELLI, R. V. Epidemiologia da malária em populações indígenas da Amazônia. In: BARATA, R. B. & BRICEÑO-LEÓN, R. (Orgs.) *Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

ISHAK, M. O. G. & ISHAK, R. O impacto da infecção por *Chlamydia* em populações indígenas da Amazônia brasileira. *Cadernos de Saúde Pública,* 17:385-396, 2001.

ISHAK, M. O. G. et al. Chlamydial infection in the Amazon region of Brazil. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene,* 87:60-62, 1993.

JACKSON, J. *The Fish People: linguistic exogamy and Tukano identity in northwest Amazonia.* London: Cambridge University Press, 1983.

JACKSON, J. Gender relations in the central northwest amazon. *Antropologica,* 70: 17-38, 1988.

JACKSON, J. The meaning and message of symbolic sexual violence in Tukanoan ritual. *Anthropological Quartely,* 65:1-18, 1992.

LABRA, E. (Org.) *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil.* Petrópolis: Vozes/Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

LIMA, M. G. et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Teréna de área rural, Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* 17:1537-1544, 2001.

MARTINS, A. L. & TANAKA, A. C. Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 10:27-38, 2000.

MATHIEU, N. C. Homme-culture et femme-nature? *L'Homme*, 13:101-103, 1973.

MCCALLUM, C. Ritual and the origin of sexuality in the Alto Xingu. In: HARVEY P. & GOW P. (Eds.) *Sex and Violence*. London: Routledge, 1994.

MEIRELES, D. M. Sugestões para uma análise comparativa da fecundidade em populações indígenas. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 5:1-20, 1988.

MENDONÇA, G. A. S. Câncer na população feminina brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 27:68-75, 1993.

MURPHY, Y. & MURPHY, R. *Women of the Forest*. New York: Columbia University Press, 1974.

OJANUGA, D. N. & GILBERT, C. Women's access to health in developing countries. *Social Science and Medicine*, 35:613-617, 1992.

OLINTO, M. T. & OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16:1137-1142, 2000.

PERRIN, M. & PERRUCHON, M. (Eds.) *Complementariedad Entre Hombre y Mujer: relaciones de género desde la perspectiva amerindia*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 1997.

PICCHI, D. & COLLEGE, F. P. Observations about a central Brazilian indigenous population: the Bakairi. *South American Indian Studies*, 4:37-46, 1994.

PINTO, E. A. & SOUZA, R. A mortalidade materna e a questão raça/etnia: importância da lei do quesito cor no sistema de saúde. *Perspectiva em Saúde e Direitos Reprodutivos*, 5:28-30, 2002.

PITHAN, O.; CONFALONIERI, U. & MORGADO, A. A situação de saúde dos índios Yanomami: diagnóstico a partir da Casa do Índio de Boa Vista, Roraima, 1987-1989. *Cadernos de Saúde Pública*, 7:563-580, 1991.

RAMOS, M. L. O. "Waled": Mulher Suruí "Paiter". *Mensageiro*, 63:27-29, 1990.

ROYSTON, E. The prevalence of nutritional anaemia in women in developing countries: a critical review of available information. *World Health Statistics Quarterly*, 35:51-91, 1982.

SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C. E. A. Socioeconomic differentiation and body morphology in the Suruí of southwestern Amazonia. *Current Anthropology*, 37: 851-856, 1996.

SEEGER, A.; DA MATTA, R. & VIVEIROS DE CASTRO, E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional* (Antropologia), 32:2-19, 1979.

SOUZA, L. G. & SANTOS, R. V. Perfil demográfico da população indígena Xavánte de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997), Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:355-365, 2001.

STOCKS, K. & STOCKS, A. Status de la mujer y cambio por aculturación: casos del Alto Amazonas. *Amazonia Peruana*, 5:65-77, 1984.

TABORDA, W. C. et al. Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7: 92-96, 2000.

UNITED NATIONS. *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, September 5-13, 1994*. New York: United Nations, 1994.

VIEIRA-FILHO, J. P. B. Emergência do diabetes melito tipo II entre os Xavántes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 42:61, 1996.

WANG, G. & PILLAI, V. K. Women's reproductive health: a gender-sensitive human rights approach. *Acta Sociologica*, 44:232-242, 2001.

WERNER, D. Fertility and pacification among the Mekranoti of Central Brazil. *Human Ecology*, 11:227-245, 1983.

O CONCEITO DE DIREITOS REPRODUTIVOS NA INTERSEÇÃO DE SAÚDE, GÊNERO E ETNICIDADE INDÍGENA

Beth A. Conklin

Em janeiro de 1994, mulheres indígenas representando vários povos e países das Américas se reuniram no Rio de Janeiro para participar da Conferência Internacional da Saúde da Mulher, realizada em preparação para a Conferência Internacional da População e Desenvolvimento das Nações Unidas, que aconteceu no Cairo, em setembro daquele ano. No encontro no Rio de Janeiro, mulheres indígenas do Brasil, do Peru, da Guatemala e dos Estados Unidos fizeram uma declaração pontuando as ligações fundamentais entre a saúde reprodutiva e a justiça social, entre a luta contra a doença e a luta contra o colonialismo e o patriarcado (Cepia, 1994). Destacaram a impossibilidade de se separar a saúde dos direitos humanos e apresentaram um entendimento abrangente da reprodução como algo inseparável dos direitos legais, educacionais, econômicos e políticos. A respeito da luta para melhorar a saúde das comunidades indígenas, as mulheres declararam: "Não podemos isolar nossa luta de um conjunto de reivindicações coletivas, relacionadas à terra, à linguagem, às ideologias e às expressões culturais" (Martinez et al., 1994, tradução nossa). O conceito de direitos reprodutivos insere o campo da saúde pública dentro de uma noção ampliada dos direitos de cidadania, criando novos espaços para diálogos entre povos indígenas e profissionais da saúde.

Um dos aspectos interessantes do conceito de direitos reprodutivos é seu entendimento de saúde e doença, que se aproxima das perspectivas mantidas em várias culturas indígenas. A medicina ocidental ortodoxa tende a tratar a saúde como condição do indivíduo e do corpo, concebendo as doenças como patologias discretas e tratando-as com técnicas e métodos das especialidades da medicina baseadas numa noção estreita de medidas curativas ou preventivas. Em contraste, os povos nativos das Américas tendem a ver a 'saúde' em termos mais holísticos e relacionais, como uma expressão de bem-estar mais geral de famílias e grupos coletivos, não somente de indivíduos, incluin-

do, além do bem-estar físico, o social, o econômico e o político. Com o conceito de direitos reprodutivos, as perspectivas do campo da saúde pública ocidental se aproximam da sabedoria tradicional dos povos indígenas. E no idioma dos direitos reprodutivos, as organizações de mulheres indígenas estão identificando uma linguagem para articular suas análises dos riscos com os desafios enfrentados por seus povos.

As vozes de mulheres indígenas de vários países, sobre assuntos ligados aos direitos reprodutivos, revelam uma diversidade de perspectivas e preocupações com temas comuns. Um tema central é que as mulheres indígenas experimentam o efeito da dupla discriminação, baseada no racismo e no sexismo. O preconceito e a ignorância presentes nos serviços de saúde, dominados por médicos masculinos, ilustram este ponto de vista.

As mulheres indígenas que se reuniram no Rio de Janeiro em 1994 enfatizaram que a pobreza e a discriminação social estão diretamente ligadas à reprodução humana. Elas afirmaram que:

> as realidades socioeconômicas inibem a possibilidade de continuarmos a gerar filhos que podem não ter o que comer, que não conseguem emprego, que talvez queiram mudar seus rostos para serem aceitos. Queremos que nossos maridos tenham emprego e não nos batam. Queremos que os nossos avós gozem de uma velhice digna e não sejam indigentes. (Martinez et al., 1994, tradução nossa)

Estas reivindicações estão de acordo com o princípio fundamental da perspectiva de direitos reprodutivos: o de que as questões da saúde devem fazer parte do cenário político.

As populações indígenas enfrentam barreiras decorrentes das diferenças lingüísticas e culturais, de classe e educação entre clientes e provedores dos serviços de saúde. Embora o legado do colonialismo e das políticas governamentais mal orientadas afete tanto o universo masculino quanto o feminino, a mulher indígena enfrenta problemas específicos relacionados à sua localização na interseção de desvantagens de classe, etnicidade e gênero. Em todos os países das Américas, as mulheres indígenas estão entre os grupos mais marginalizados econômica, social e politicamente.

Os demais textos publicados nesta coletânea, que abordam saúde reprodutiva e população indígena, destacam importantes questões sobre a marginalização das mulheres indígenas no Brasil. Os autores mostram como as necessidades específicas das mulheres muitas vezes não são atendidas pelo sistema de saúde para povos indígenas. Eles enfatizam a pobreza de dados basea-

dos em pesquisas empíricas sobre gênero, saúde da mulher e saúde reprodutiva, e em estudos epidemiológicos, devido à falta ou precariedade de censos, registros e outros inquéritos regulares. Além disso, os serviços de saúde destinados às mulheres indígenas apresentam uma precária infra-estrutura e um atendimento médico inadequado. Entre os fatores que contribuem para o desconhecimento acerca das questões fundamentais da saúde reprodutiva indígena, identifica-se a influência dos estereótipos referentes aos povos indígenas e, especialmente, à associação das imagens do índio como parte da natureza.

A linhagem da imagem naturalista pode ser traçada como tema persistente durante os cinco séculos de colonialismo e contato interétnico. Eduardo Viveiros de Castro & Lúcia Andrade (1988), Alcida Ramos (1998), Robert Berkhofer Jr. (1978, 1988), entre outros autores, têm observado que a idéia do índio americano como parte da natureza é identificada tanto nas idéias positivas do 'selvagem nobre', como nas idéias negativas do índio bestial. As representações românticas do índio 'puro' e 'natural' expressam duas tendências do pensamento ocidental: exoticismo (que enfatiza a atração das diferenças culturais) e primitivismo (que celebra a posição da sociedade nativa oposta à corrupção da civilização ocidental). A mídia divulga imagens exóticas, e as exigências de se comportar de acordo com os estereótipos de pureza e a distância do mundo civilizado repercutem no campo do ativismo político transnacional (Conklin, 1998; Ramos, 1998). A atual apreciação popular por tais imagens pode ter efeitos positivos em termos de combater a discriminação e a marginalização política de povos nativos. Porém, quando tais imagens formam a base das suposições a respeito da saúde indígena, os efeitos podem ser problemáticos.

É fácil achar esquisito o argumento do médico Moyses Paciornik (1984), que afirmou que a índia, sendo natural, não sente dor no parto natural. Mas a idéia da naturalidade do índio contribui, de uma maneira menos óbvia, para a invisibilidade epidemiológica de certas doenças entre as populações indígenas. O falso mito de que os índios não sofrem de câncer, por exemplo, resulta na falta de dados sistemáticos sobre a incidência deste agravo e, conseqüentemente, na ausência de ações preventivas e assistenciais. As mulheres indígenas precisam de programas de saúde que possibilitem o diagnóstico e o tratamento de doenças do aparelho reprodutivo. Tais programas também devem cuidar da educação das mulheres, promovendo a prevenção e o diagnóstico precoce de agravos como o câncer de mama e o câncer cérvico-uterino. A relevância de se superar os estereótipos e reconhecer as necessidades desta população relaciona-se a outra questão: o contexto das mudanças na vida indígena nas aldeias rurais e nas áreas urbanas.

Mudanças no modo de vida indígena

O tema em foco nesta coletânea — Etnicidade, Saúde e Direitos Reprodutivos — nos faz pensar sobre um momento crítico de transição no sistema da saúde voltado para as populações indígenas e no modo de vida destas populações. No passado, o sistema de serviços de saúde foi caracterizado por uma falta crônica de dinheiro e de recursos básicos para atender às necessidades dos clientes indígenas. Há poucos anos, mais recursos foram disponibilizados e os índios, anteriormente ignorados e negligenciados, passaram a chamar a atenção de novos órgãos nacionais e internacionais, preocupados em achar soluções e caminhos para promover a sobrevivência física e cultural dos mesmos. Agora a questão não é atender ou não atender a saúde indígena, mas como fazer isso.

Criar um sistema de cuidados de saúde efetivo e culturalmente apropriado depende do entendimento de quem são os clientes indígenas e quais as suas necessidades. Isso também está em processo de transformação. No passado, o foco foi a alta taxa de mortalidade, provocada pelo contato de grupos isolados ou semi-isolados da sociedade nacional. Passou-se a observar o surgimento de epidemias devastadoras e de doenças possíveis de serem prevenidas ou tratadas, como sarampo, coqueluche, pólio, tuberculose, bronquite e outras infecções respiratórias. Estes ainda são problemas sérios em muitos grupos. Entretanto, outros grupos com mais tempo de contato inter-étnico estão em transição, apresentando um quadro epidemiológico caracterizado por maior risco de doenças crônicas não-transmissíveis, as chamadas 'doenças da civilização' (Coimbra & Santos, 2001).

Pesquisas em comunidades indígenas documentam a emergência de casos de hipertensão arterial, assim como de outros fatores de risco cardiovasculares (Cardoso, Mattos & Koifman, 2001), de obesidade (Capelli & Koifman, 2001; Gugelmin & Santos, 2001), de diabetes *mellitus*, entre outros, associados a modificações na dieta e na atividade física, decorrentes de mudanças econômicas e socioculturais e do contato interétnico. Visto que a escolha e a preparação da comida continuam a fazer parte do papel feminino na família, os programas de saúde voltados para o controle dos problemas crônicos, influenciados por mudanças nutricionais, devem se dirigir, especialmente, à educação e à participação das mulheres.

Simultaneamente a essa transição epidemiológica, estão acontecendo várias mudanças sociais e políticas com implicações para a saúde reprodutiva. Embora a maioria das comunidades nativas ainda esteja localizada em zonas rurais, a população de índios urbanos e de habitantes das periferias urbanas está crescendo. Esta é uma situação que merece atenção. Em muitas cidades

do interior, há uma população indígena, especialmente em bairros periféricos, que ainda está à espera da realização de estudos mais sistemáticos (Silva, 2001). Também em zonas rurais, como a Amazônia brasileira, onde o desenvolvimento econômico tem sido rápido e caótico, as mudanças econômicas, sociais e do meio-ambiente prejudicam, principalmente, as mulheres e as crianças. Os habitantes das comunidades localizadas em zonas rurais agora têm mais contato com o mundo exterior, viajando para a cidade e até se deslocando para trabalhar ou estudar em outra região.

Com os contatos interétnicos intensificados, aumentam os riscos de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Tal ponto de vista pode ser exemplificado pelo fato de os homens, mais do que as mulheres, se ausentarem de suas comunidades para realizar viagens e trabalhar. Além de poder trazer problemas para a saúde e o bem-estar das mulheres, a saída dos homens em busca de recursos para subsistência e emprego faz com que a mulher tenha que cuidar de todas as tarefas da casa e manter a família com poucos recursos. Para as mulheres, que tradicionalmente apresentam baixo nível de educação e taxas maiores de analfabetismo, as possibilidades de ganhar dinheiro nas reservas indígenas e nas vizinhanças podem ser muito limitadas, uma vez que as atividades econômicas disponíveis (como fazer e vender artesanato) geralmente rendem pouco. Às vezes, a prostituição pode ser uma das alternativas de sobrevivência. Isso deixa a mulher exposta às DSTs, como a Aids, e à violência. Até em condições de emprego formal, as mulheres indígenas enfrentam situações excepcionais. Ao saírem da comunidade nativa para trabalhar, elas podem enfrentar formas de exploração, que incluem a exploração sexual.

Violência e exploração sexual

O conceito de direitos reprodutivos das mulheres abrange o direito de viver sem violência. Em países das Américas — como, por exemplo, a Guatemala —, as organizações de mulheres indígenas têm destacado que, quando uma mulher deixa sua própria comunidade para buscar emprego em outro lugar, muitas vezes ela enfrenta várias formas de exploração, especialmente a exploração sexual dos empregadores. Na Guiana Inglesa, o nível de exploração sexual das mulheres nativas, em todos os tipos de trabalho, foi tão elevado que o Parlamento Nacional e o Ministro do Trabalho iniciaram uma investigação sobre abusos por parte de empregadores que não pagavam salários para mulheres indígenas, cometiam abuso físico e exploração sexual, incluindo estupro (Gender Dialogue, 2001; Shadick, 2001).

Violência e exploração sexual são comuns nas situações de contato interétnico. Em dezembro de 2000, a assembléia geral dos Yanomami do Brasil denunciou os abusos sexuais das mulheres Yanomamis pelos militares residentes na fronteira do posto de Surucucus, provocando um inquérito pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal (Rolim, 2001).

Entre os Wari' de Rondônia, com quem trabalho, um dos maiores problemas sociais hoje em dia é o grande número de mães solteiras. No passado, este problema foi menos comum. Uma parte do aumento dos casos de mães solteiras deve-se a mudanças no comportamento dos jovens e na idade do casamento, ambos conseqüências do rompimento de padrões sociais tradicionais, observados depois do contato. Outro problema que afeta as relações interétnicas é a falha dos sistemas administrativos e jurídicos, que fizeram vista grossa para o fato de que várias das gestações fora do casamento são de responsabilidade de homens brancos, e que todos devem pagar pela manutenção dos filhos. A incompetência do governo em fazer com que as leis sejam cumpridas por esses homens deixa as mães numa situação precária. Nestes casos, tanto as crianças quanto as mães sofrem com a falta de comida, com problemas nutricionais e de saúde.

Conclui-se, então, que as mulheres indígenas enfrentam vários problemas, entre os quais se destacam a exploração sexual, a violência e a pobreza. Estes precisam ser reconhecidos como parte do assunto dos direitos reprodutivos, e as pessoas que trabalham com mulheres (indígenas ou não-indígenas) no campo da saúde necessitam de treinamento para saber como lidar com situações de violência doméstica, de abuso sexual e de estupro. O acesso a recursos legais e sociais também faz parte dos direitos reprodutivos.

Direitos e relativismo

Cabe tecer considerações sobre a aplicabilidade do conceito de direitos reprodutivos nas sociedades indígenas. Existe uma tensão entre o discurso universal sobre os direitos das mulheres e os discursos das culturas indígenas. Enquanto o conceito de direitos é baseado na concepção moderna de indivíduo, a antropologia dos povos indígenas brasileiros tem destacado o conceito da pessoa, que é uma categoria eminentemente social, criada por um processo biossocial, que reconhece um ser humano como membro do grupo social (Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1979; Conklin & Morgan, 1996).

Na arena internacional, o confronto recente mais famoso entre o discurso da saúde pública associado à noção dos direitos reprodutivos e à concepção

de relativismo cultural refere-se ao caso da circuncisão feminina praticada em regiões do Oriente Médio e da África. No passado, tal prática também foi realizada em algumas comunidades amazônicas, como os Shipibo del Peru. Na situação atual, até nos casos em que uma prática tradicional está ligada aos altos índices de doença, a problemas no parto, à infertilidade e à mortalidade materna, tem sido difícil justificar intervenções nas tradições locais (Gruenbaum, 2001).

Todavia, há o problema oposto, qual seja, o uso da lógica relativista para justificar a falta de atenção aos problemas reais de mulheres indígenas. Preconceitos sobre a sexualidade indígena, por exemplo, podem prejudicar a provisão de serviços de saúde. Um dos estereótipos associados à índia brasileira é a idéia da liberdade sexual, até de promiscuidade, como parte da tradição nativa. Por outro lado, no estereótipo negativo, há a suposição de estupro como uma prática regular tradicional. Um relativismo baseado em tais suposições seria perigoso. O risco que se corre é o de não oferecer às mulheres indígenas as mesmas informações, serviços e proteções oferecidos a outras mulheres. Existe o problema da dificuldade de se negociar o respeito pela cultura, pelas tradições locais e pelos sistemas da autoridade nativa, e há a necessidade de oferecer serviços biomédicos de alta qualidade.

'Cultura tradicional' não é uma categoria estática. Como Esther Jean Langdon e outros autores desta coletânea enfatizaram, culturas indígenas são dinâmicas. Elas mudam e se desenvolvem como toda cultura não-indígena. O respeito à cultura não deve ser tomado como justificativa para deixar continuar a violência ou a exploração da mulher. Vale mencionar que, onde as mulheres indígenas têm se organizado, surgem, com freqüência, críticas as suas próprias tradições culturais no que diz respeito às relações entre os sexos, à violência e à exploração das mulheres pelos homens de suas famílias e comunidades (veja, por exemplo, o texto Mulher Indígena Protesta contra Discriminação, em ISA, 2001; e Martinez et al., 1994). De acordo com o dinamismo cultural, comunidades nativas experimentam mudanças nas relações internas. Sem dúvida, as organizações de mulheres irão contribuir para o processo de adaptação às novas realidades e oportunidades da vida atual, incluindo a possibilidade de repensar as desigualdades internas destas sociedades.

Alta fertilidade e crescimento da população

Outro aspecto da situação dos povos indígenas que merece ser repensado é o rápido crescimento da população em determinados grupos. Este é um dos temas mais provocantes do trabalho de Coimbra e Garnelo nesta colatênea, por-

que é um assunto pouco reconhecido, mas que tem enorme repercussão na política indigenista. A mídia e as políticas pró-índio geralmente enfatizam as ameaças às populações indígenas, citando, inclusive, os grupos pequenos que enfrentam a possibilidade de extinção do seu povo ou da sua cultura. Mas há outra realidade menos salientada: a do rápido crescimento de alguns grupos, conseqüência de uma combinação de fatores que incluem a adaptação à situação de contato interétnico, a melhoria no acesso a serviços de saúde e na qualidade da assistência, e a alta taxa de fecundidade. Entre os Wari' de Rondônia, a população quase dobrou num período de pouco mais de 15 anos. Em 1985, eram cerca de 1.100 pessoas; hoje, este número está acima de 2 mil.

Até agora, o crescimento das populações indígenas quase sempre foi considerado bom, o que indica o sucesso de uma determinada política indigenista. Coimbra e Garnelo destacam, no entanto, os riscos de saúde enfrentados por mulheres que têm um parto seguido do outro. Além da importância de difundir serviços de atenção pré-natal (Ribas et al., 2001), isso nos mostra a necessidade de repensar a questão da fertilidade indígena e o acesso destas comunidades a métodos anticoncepcionais. Será que a mulher indígena não tem os mesmos direitos à informação e ao acesso a contraceptivos?

O fenômeno de crescimento das populações nativas também tem de ser considerado no contexto da política geral sobre terras indígenas, assim como a inserção das comunidades na economia regional. É óbvio que as populações maiores vão precisar desenvolver novas maneiras de ganhar dinheiro e de ampliar suas atividades econômicas. A questão da saúde não pode ser tratada isoladamente, sem coordenação e planejamento dos campos econômicos, educativos e do direito à terra.

Subsistência e nutrição são a base da saúde física e da manutenção da cultura de todas as comunidades nativas. No passado, a auto-suficiência foi a regra, mas o contato interétnico, as políticas governamentais e o processo de modernização têm rompido os padrões tradicionais de ocupação e de utilização da terra, enfraquecendo a capacidade das comunidades em manter o nível de nutrição adequado. Qualquer política que enfraqueça a subsistência e a auto-suficiência prejudica especialmente as mulheres e as crianças, visto que mulheres com filhos geralmente contam com poucas oportunidades de ganhar dinheiro em suas próprias comunidades.

A estrutura dos serviços de saúde também afeta a subsistência, na medida em que a centralização de tais serviços pode interferir nas atividades da roça, da caça, da pesca e da colheita, que têm sido a base de subsistência em comunidades tradicionais. As políticas da Fundação Nacional do Índio (Funai) obrigaram os Wari' a se agruparem em aldeias muito maiores e mais sedentá-

rias do que as aldeias tradicionais. Os postos indígenas são os únicos lugares onde o governo fornece serviços regulares de saúde e de educação, mas, infelizmente, algumas aldeias foram escolhidas pelos administradores pelo fato de terem acesso conveniente de transporte à cidade e não por seu acesso aos recursos de subsistência. Nesse meio ambiente, os solos bons para agricultura estão espalhados pelo interior da floresta tropical, localizados nas áreas dos igarapés e dos rios menores, que ficam longe dos rios maiores favorecidos pelos administradores. Os lugares onde se encontram os recursos de subsistência mudam rapidamente, o que faz com que o povo indígena precise se deslocar. Quer dizer, eles precisam tanto de flexibilidade quanto de mobilidade. A caça, o peixe, as frutas e os outros recursos estão se esgotando rapidamente nas proximidades das aldeias maiores e permanentes, onde os Wari' agora têm de viver para ter acesso aos cuidados biomédicos (Conklin, 1994).

Ambos, homens e mulheres, precisam caminhar longas distâncias quase todos os dias para conseguir comida para alimentar suas famílias. Na área da comunidade de Santo André, o solo é impossível de ser cultivado. Para encontrar a terra certa para plantar milho, o principal e mais tradicional alimento dos Wari', muitas vezes eles caminham mais de 12 km, ou até viajam de canoa por horas. A maioria das famílias mantém duas casas, uma na aldeia maior, onde os filhos freqüentam a escola e um assistente de enfermagem oferece serviços de saúde primária, e uma segunda numa roça distante. A minha pesquisa documenta o elevado gasto calórico exigido para transportar a comida, bem como as diferenças entre uma dieta baseada em milho, caça e peixe, e uma dieta à base de mandioca, açúcar e comidas comerciais.

Além disso, uma outra conseqüência da política do governo de localizar as aldeias perto dos limites das reservas indígenas é que os habitantes são expostos ao contato com seus vizinhos não-índios. Estes, geralmente, têm menos acesso a serviços médicos do que os índios e sofrem de muitas doenças como malária e gripe, além de outras infecções respiratórias. Com o aumento das doenças contagiosas, das infecções parasitárias e dos problemas de nutrição nas aldeias maiores e permanentes, os Wari' dependem mais dos serviços de enfermagem concentrados nesses locais. Estruturar serviços numa forma centralizada alimenta o processo de dependência da comunidade em relação à medicina ocidental, exacerbando o ciclo de doença e dependência comum entre os povos indígenas.

Outro tipo de dependência que afeta as mulheres nas comunidades rurais está relacionada à reorientação das atividades econômicas, como no caso da mudança de uma economia de subsistência baseada em produção agrícola (na qual as mulheres geralmente têm um papel central e um certo controle da

produção e distribuição dos produtos da roça) para uma economia cuja produção visa o mercado comercial.

Sistemas de saúde culturalmente apropriados

Como já foi enfatizado por outros autores desta coletânea, é altamente importante reconhecer a enorme variedade entre as comunidades nativas e evitar a recriação de estereótipos típicos das culturas indígenas. A antropologia das sociedades nativas do Brasil mostra a grande diversidade de experiências relacionadas à organização política interna, aos padrões de casamento e às relações entre mulheres e homens, que são relevantes para a saúde reprodutiva. Diante do desafio de contemplar as especificidades de cada contexto, é quase impossível fazer generalizações sobre 'índio' brasileiro, não somente por causa das diferenças entre povos, línguas, culturas e situações históricas, mas também pelo modo de vida, que está num processo de transformação rápida, com o aumento do movimento entre as aldeias e as cidades, além de outras formas de contato interétnico. A importância de planejar serviços, que vão ao encontro das necessidades reais das mulheres indígenas, está intimamente ligada à questão de como criar um sistema que seja altamente efetivo em termos dos padrões biomédicos, e culturalmente apropriado em termos dos padrões dos povos nativos. Com tanta variação entre os povos e as comunidades, como capacitar pessoas para trabalhar na área da saúde indígena?

Uma parte da resposta deve vir de trabalhos antropológicos, de longo prazo, sobre a cultura local. Os resultados devem ser apresentados a todas as pessoas que trabalham no campo da saúde. Ou seja, precisamos de mais estudos etnográficos que abordem dois assuntos geralmente negligenciados até agora: saúde da mulher e gênero. Informações sobre tais aspetos da cultura e do comportamento são especialmente relevantes para o planejamento de ações e programas preventivos na área da saúde.

Reconhecendo a necessidade de mais comunicação entre os antropólogos e os profissionais da saúde, Renato Athias & Marina Machado (2001) observam que há diferenças de perspectivas que dificultam o intercâmbio de informação. A área da saúde centraliza seus discursos na organização e operacionalização dos serviços e não leva em consideração o desenvolvimento de sistemas locais capazes de contemplar a medicina indígena. Os antropólogos, por sua vez, têm dificuldade de transmitir com maior clareza o conhecimento relativo a uma 'geopolítica' indígena, que permitiria uma melhor compreensão das ações de saúde em território específico (Athias & Machado, 2001). Além

de fomentar o diálogo interdisciplinar, também é preciso continuar a investir em pesquisas sobre nutrição, relações sexuais, comportamento higiênico, práticas e crenças da medicina tradicional. São necessárias informações diversificadas, que, embora pareçam não ter aplicação pragmática imediata, podem tornar-se úteis no futuro.

Finalmente, faz-se necessário incluir, em qualquer planejamento ou implementação de projetos sobre a saúde e os direitos reprodutivos, a participação das mulheres indígenas. Sabemos que, no passado, a medicina ocidental e a medicalização do parto e das funções reprodutivas prejudicaram a posição das mulheres, resultando na perda do controle sobre vários aspectos da reprodução e da vida familiar. Vamos buscar soluções que visem a não-repetição destes erros. Embora existam áreas como o Alto Rio Negro, cujo padrão cultural é o da dependência das mulheres em relação aos homens, o que dificulta a participação feminina na liderança indígena, a situação é bem diferente em outras sociedades indígenas onde as mulheres têm mais autonomia. O assunto da distribuição de poder entre homens e mulheres revela como a política não deve ser baseada em suposições genéricas sobre a natureza da cultura indígena. A melhor maneira de respeitar a cultura é facilitar a capacidade de cada pessoa indígena, tanto mulher como homem, de falar com sua própria voz e ser ouvida.

O conceito de direitos reprodutivos abre um espaço novo para o diálogo entre povos indígenas e profissionais da saúde, colocando as perspectivas de gênero e etnicidade. Embora seja um conceito originado no pensamento ocidental sobre a 'crise' demográfica do crescimento populacional dos países do Sul, a defesa de ativistas dos direitos das mulheres no Brasil e em outros países culminou na Conferência Internacional do Cairo, em 1994, integrando a noção de direitos reprodutivos aos direitos humanos, incluindo o meio ambiente, a saúde, a reprodução, a sexualidade, a violência contra mulheres e o abuso doméstico (Pitanguy, 2001). A respeito da posição distinta dos povos indígenas em relação ao conceito de direitos reprodutivos, a ênfase na impossibilidade de separar a saúde de outros direitos indígenas (direito à terra, linguagem, autodeterminação e sobrevivência tanto cultural como física) se aproxima mais das perspectivas holísticas nativas, em contraste com a concepção ortodoxa, que limitava o campo da saúde pública ao tratamento e à prevenção de doenças.

O reconhecimento da saúde e da reprodução como assuntos centrais na capacitação dos povos nativos para a autodeterminação está de acordo com a do ativismo indígena no mundo inteiro. Na renegociação dos espaços políticos, culturais e sociais nas sociedades nacionais, os povos indígenas utilizam

metáforas e imagens de cura das culturas nativas. Iluminando as tradições dos pajés e o conhecimento especial da cura nas sociedades tradicionais, os movimentos contemporâneos estão construindo novas imagens positivas, representando a vitalidade e a renovação de comunidades e tradições nativas (Kirmayer et al., 1993). De modo crescente, as práticas de cura nativa chegam a simbolizar a unidade transnacional de povos indígenas e o potencial de capacitação de comunidades locais (Adelson, 2001).

No Brasil, tanto o treinamento de monitores indígenas de saúde e de outros profissionais que atuam junto aos povos indígenas, como o crescimento do ativismo e da organização de pajés contra a biopirataria, apontam para a centralidade de questões da saúde na identidade indígena no século XXI. Por meio do conceito de direitos reprodutivos, as organizações de mulheres indígenas nas Américas e em outras partes do mundo estão achando um idioma para analisar as ligações existentes entre saúde, gênero e etnicidade. Gostaria de imaginar que um dia, no futuro, fosse possível contar com a participação de mulheres indígenas, capacitadas como profissionais da saúde, em um simpósio sobre o tema. Imagino que iremos aprender muito escutando suas próprias vozes e suas visões sobre um futuro mais saudável.

Tradução de Vera Ribeiro.

Referências bibliográficas

ADELSON, N. Reimagining aboriginality: an indigenous people's response to social suffering. In: DAS, V. et al. (Eds.) *Remaking a World: violence, social suffering, and recovery*. Berkeley, CA: University of California Press, 2001.

ATHIAS, R. & MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticas a propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):425-431, 2001.

BERKHOFER JR., R. E. *The White Man's Indian*. New York: Random House, 1978.

BERKHOFER JR., R. E. White conceptions of Indians. In: WASHINGTON, W. E. (Ed.) *Handbook of North American Indians, 4: history of indian-white relations*. Washington, DC: Smithsonian University Press, 1998.

CAPELLI, J. C. S. & KOIFMAN, S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêje, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):433-437, 2001.

CARDOSO, A. M.; MATTOS, I. & KOIFMAN, R. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guarani-Mbya do Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):345-354, 2001.

CEPIA (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação). *Saúde Reprodutiva e Justiça: Conferência Internacional da Saúde da Mulher*. Rio de Janeiro: Cepia, 1994.

COIMBRA JR., C. E. A. & SANTOS, R. *Perfil epidemiológico da população indígena no Brasil: considerações gerais*. Documento de Trabalho 3, Departamento de Endemias Samuel Pessoa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

CONKLIN, B. A. Body paint, feathers, and vcrs: aesthetics and authenticity in Amazonian activism. *American Ethnologist*, 24(4):711-737, 1998.

CONKLIN, B. O sistema médico wari'. In: SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs.) *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

CONKLIN, B. A. & MORGAN, L. Babies, bodies, and the production of personhood in North American and a native Amazonian society. *Ethos*, 24(4):657-694, 1996.

GENDER DIALOGUE. Issues affecting indigenous women in Guyana. *Gender Dialogue* 3, abril 2001. Disponível em: <http://www.eclacpos.org.gender/Apr2001/Indigenous%20Women.htm>. Acesso em 3 nov. 2001.

GRUENBAUM, E. *The Female Circumcision Controversy: an anthropological perspective*. Philadephia, PA: University of Pennsylvania Press, 2001.

GUGELMIN, S. A. & SANTOS, R. V. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavánte, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):313-322, 2001.

ISA (Instituto Socioambiental). *Povos Indígenas no Brasil 1996/2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2001.

KIRMAYER, L. et al. *Emerging Trends in Research on Mental Health among Canadian Aboriginal Peoples*. Report 2. Montreal: Culture and Mental Health Unite, Mortimer B. Davis-Jewish General Hospital, 1993.

MARTINEZ, L. A. et al. Indigenous women and population policies. Disponível em: <http://latino.sscnet.ucla.edu/women/nlho/news/epol.htm>. Acesso em 28 jan. 1994.

PACIORNIK, M. *Aprenda a Nascer e a Viver com os Índios: parto de cócoras*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

PITANGUY, J. Reproductive rights are human rights. Society for International Development. Disponível em: <http://www.sidint.org/programmes/politicsplace>. Acesso em 3 nov. 2001.

RAMOS, A. R. *Indigenism: ethnic politics in Brazil*. Madison, WI: University of Wisconsin Press, 1998.

RIBAS, D. L. B. et al. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):323-331, 2001.

ROLIM, M. Abusos sexuais contra as índias yanomami. Disponível em: <http://www.rolim.com.br/ASCYANOMAMI.htm>. Acesso em 3 nov. 2001.

SEEGER, A.; DA MATTA, R. & VIVEIROS DE CASTRO, E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional*, 32:2-19, 1979.

SHADICK, B. S. Guyana report on sexual exploitation. Instituto Interamericano del Niño. Disponível em: <http://www.iin.org.uy/GUAYANA>. Acesso em 3 nov. 2001.

SILVA, J. A. F., 2001. Os Chiquitano na rota do gasoduto Bolívia-Brasil. In: INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. *Povos Indígenas no Brasil 1996/2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2001.

VIVEIROS DE CASTRO, E. & ANDRADE, L. Hidroelétricas do Xingu: o estado contra as sociedades indígenas. In: SANTOS, L. & ANDRADE, L. (Orgs.) *As Hidrelétricas do Xingu e os Povos Indígenas*. São Paulo: Comissão Pró-Índio de São Paulo, 1988.

CORPO, FERTILIDADE E REPRODUÇÃO ENTRE OS PANKARARU: PERSPECTIVAS E ALCANCES

Renato Athias

Introdução

A saúde reprodutiva é um tema bastante vasto e abrangente, que vem sendo muito bem trabalhado não só pelo movimento feminista, como também pelo meio acadêmico e por organismos oficiais da saúde.[1] Porém, quando olhamos esse mesmo tema relacionado às populações indígenas, percebemos a existência de uma literatura escassa. Ainda faltam reflexões e discussões sobre aspectos da saúde reprodutiva, referentes às populações etnicamente diferenciadas no contexto do Brasil. No entanto, a literatura antropológica é rica em trabalhos sobre as questões que envolvem a vida reprodutiva e sexual dos índios (Davis & Whitten, 1987). Tais estudos têm sido produzidos em contextos de sociedades fechadas, versando principalmente no âmbito dos sistemas de parentesco e em situações de contato diversas daquelas em que se encontram as populações indígenas no Nordeste.

Os atuais problemas de saúde em áreas indígenas surgiram devido ao contato com a sociedade nacional, advindos, principalmente, do processo de empobrecimento a que a maioria dos povos indígenas foi reduzida. Este contato interétnico trouxe doenças com as quais estes povos não estavam preparados para tratar. Uma gripe, por exemplo, pode ser vista como uma afecção simples e fácil de ser tratada. Nas áreas indígenas, no entanto, podem virar verda-

[1] Vale a pena lembrar que programas de saúde específicos para mulheres surgiram a partir de 1983, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com intenção de ir além da contracepção e do pré-natal, desenvolvendo conceitos mais amplos de direitos reprodutivos.

deiras catástrofes, resultando inclusive em mortes. Há muito tempo se discute a amplitude das questões que envolvem a saúde indígena,[2] não só em relação a problemas específicos de saúde em função do contato dos índios com a sociedade envolvente, mas também devido à necessidade de programas de saúde para os índios que sejam eficientes, com qualidade e culturalmente adequados.[3] Articular o conhecimento indígena com os problemas de saúde que aparecem nas áreas indígenas se faz necessário para que os modelos de atenção adotados nessa área possam ser eficazes.

O modelo de atenção à saúde em áreas indígenas deveria ser adaptado de forma a atender as demandas e necessidades específicas de cada povo, considerando suas particularidades epidemiológicas e culturais. Apesar das recomendações das Conferências de Saúde para os Povos Indígenas, pouco se avançou nessa direção, principalmente por causa do descompasso entre as recomendações e a implementação por parte dos prestadores de serviços com relação a programas de saúde culturalmente adequados para as áreas indígenas. Estes não conhecem os diferentes sistemas médicos das diversas áreas indígenas, dificultando ainda mais a efetivação de projetos na área da saúde reprodutiva, onde a concepção de saúde das mulheres indígenas está intimamente ligada ao corpo, à fertilidade e à reprodução. Desde a Conferência sobre Populações e Desenvolvimento (no Cairo, em 1994), os paradigmas sobre saúde reprodutiva vêm sendo mudados (Arilha & Citeli, 1998). Tem-se procurado cada vez mais apoio para políticas públicas, com ênfase na melhoria das condições de vida das populações, e não mais associando o desenvolvimento a metas demográficas simplesmente.

Existe uma série de experiências em saúde indígena em andamento, em vários pontos do país, que merecem ser socializadas, principalmente com o objetivo de ampliar a discussão atual sobre um modelo de atenção diferenciado às populações indígenas. Não é intenção discuti-las neste trabalho, e sim chamar a atenção para alguns aspectos sobre saúde reprodutiva a partir do projeto de pesquisa[4] que está sendo desenvolvido na área indígena Pankararu, a 482 quilômetros de Recife.

---

[2] Saúde indígena está sendo usado aqui como uma área de conhecimento específico englobando não só serviços de saúde para os índios, mas também aspectos relacionados à medicina tradicional praticada por essas populações.

[3] As principais recomendações sobre o modelo de atenção à saúde indígena podem ser encontradas nos documentos finais da II e da III Conferência de Saúde Indígena, realizadas em outubro de 1993 e maio de 2001, respectivamente, em Luziânia (Goiás).

Ao se escolher a área indígena Pankararu para realizar a pesquisa, considerou-se o Diagnóstico Sanitário[5] (DS) realizado durante o ano de 1996. O componente quantitativo deste diagnóstico está baseado em uma amostra de 112 famílias Pankararu, correspondendo a um universo de 534 índios. A partir deste diagnóstico, foi possível elencar os principais problemas relacionados à saúde que afetam os Pankararu. Porém, em relação às questões sobre saúde reprodutiva, verificou-se a necessidade de completar o quadro epidemiológico com as observações realizadas na área durante o período de 1998-2000. O que nos interessa aqui é apresentar elementos sobre a relação da mulher Pankararu com o próprio corpo e o ciclo reprodutivo, ampliando, assim, um debate sobre a representação das doenças (Langdon, 1994) e, desta forma, subsidiar discussões sobre programas de saúde que poderiam ser incorporados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco.

Perfil epidemiológico

Desde a época do Império que as terras Pankararu são reconhecidas oficialmente. Porém, apenas em 1998 — quase 500 anos após o contato —, é que foi efetivada a demarcação (em 14.294 hectares) do território Pankararu (Arruti, 1996). Nesta área, ainda existe uma quantidade significativa de posseiros à espera das indenizações para deixar a área indígena. O atual território Pankararu está encravado em três municípios do sertão pernambucano: Tacaratu, Jatobá e Petrolândia, o que dificulta ainda mais o planejamento e a execução de ações de saúde na área indígena. Estima-se uma população de 4 mil indivíduos,[6] distribuídos em 13 aldeias. É uma população que sofre, como todos os sertanejos-camponeses, do impacto das secas cíclicas e dos movimentos climáticos do semi-árido nordestino. A cada ano que passa, esta população acelera o processo de empobrecimento. Suas terras, mesmo as localizadas nas proximidades do

---

[4] Participaram dessa pesquisa, na sua primeira fase, as alunas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic): Celane Camarão, Marcela Zamboni e Luzia Albuquerque, do curso de ciências sociais da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

[5] Relatório Final: Avaliação do Perfil Etnoepidemiológico de uma Comunidade Indígena do Estado de Pernambuco, 1997, FNS/Cosai/Funai. Neste trabalho, utilizo Diagnóstico Sanitário (DS) para referir a esta avaliação.

[6] Segundo o censo realizado pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), os Pankararu estão estimados em 4.016.

Rio São Francisco, não têm água suficiente para suprir as necessidades essenciais. A busca pela água é uma atividade vital que envolve crianças e adultos, ocupando grande parte das energias e do tempo dos Pankararu durante o dia e a noite. Eles vivem da agricultura de subsistência e de trabalhos diaristas em áreas circunvizinhas. Durante a seca, eles recebem (não todos) uma cesta básica do programa assistencial do Governo, uma vez que esta população está incluída no mapa da fome.

Nos últimos anos, os Pankararu vêm se organizando em associações, que visam principalmente angariar recursos de projetos governamentais destinados ao semi-árido. Apesar dessas organizações e de um movimento associativista bastante acentuado, o faccionalismo — existente em muitas áreas indígenas — ali também está presente. E como em todo o sertão, as facções são os alvos prediletos dos interesses de grupos políticos partidários. Apesar de toda essa situação, percebe-se entre os Pankararu um sentimento muito forte de identidade manifestada em festas tradicionais, como as danças do Toré, as celebrações do Menino do Rancho e a Festa da Corrida do Imbu, que ocorrem anualmente. Pelo menos uma vez por ano, os Pankararu são reconhecidos e reverenciados no município durante as celebrações da festa da padroeira de Tacaratu, que ocorre no mês de janeiro. Oficialmente, são os Pankararu que fazem a abertura da referida festa.

Os Pankararu se caracterizam por uma população jovem,[7] o que significa que há um crescimento demográfico importante. Esse crescimento convive também com um processo migratório significativo. Muitos Pankararu migraram para São Paulo, onde existem cerca de 800 indivíduos residindo em uma favela (Real do Parque/Murumbi) na capital paulista. As moradias Pankararu não diferem muito das casas dos sertanejos da região. Notam-se precárias condições nas construções das mesmas e no saneamento básico. Observa-se uma razoável adequação na relação entre o número de habitantes e o número de cômodos disponíveis por domicílio. No entanto, apenas 8%, de acordo com a amostra do DS, possui banheiro no seu interior, e 8% o possui externamente, significando que 84% das casas não dispõe de banheiro/sanitário. Outro fato que o referido estudo revela refere-se à água utilizada no uso doméstico. Apenas 20,8% das famílias utilizam água filtrada ou fervida. A prática de 'coar à água' em pano limpo para beber é realizada por 30% das famílias, obedecendo à cul-

[7] Praticamente 70% dos Pankararu apresentam idade inferior a 30 anos, de acordo com o Diagnóstico Sanitário da Fundação Nacional de Saúde (FNS), 1996.

tura local sertaneja de retirar as 'impurezas' da água para o consumo. Em relação ao lixo, o mesmo é deixado a céu aberto, não existindo uma forma de destino adequado ou de tratamento dentro da reserva. Apesar das preocupações com o lixo acumulado, nada se tem feito efetivamente para solucionar essa questão.

O referido Diagnóstico Sanitário apresenta alguns dados significativos sobre a morbidade, na qual as infecções respiratórias (90%) e as dores em geral[8] (61%) representam as principais referências. Outras queixas são problema de nervos (40%), hipertensão arterial (25%), problemas de pele (20%), fraqueza, fadiga, perda de apetite, irregularidade menstrual, asma, pneumonia, úlcera de estômago, problemas de bebida alcoólica, doenças do coração, diabetes, sarampo, câncer e 'loucura'. Essas queixas certamente estão associadas, principalmente, às precárias condições de vida existentes na região do semi-árido, à escassez alimentar, à falta de saneamento básico e às condições de trabalho físico a que estão submetidos.

Em relação à necessidade de hospitalização, os dados apresentados no referido diagnóstico não são elucidativos quanto aos partos, às causas genito-urinárias e às laqueaduras de trompas. Apesar dos relatos dos Pankararu indicarem que a procura existe, não se tem registros mais completos. Nossa pesquisa indicou que existe uma procura significativa por hospitalização por causa desses problemas. De 1993 a 1996, o DS revela que cerca de 60,7% da população buscaram atendimento médico. Destes atendimentos, somente 22,7% foram realizados na própria aldeia por médico visitante, principalmente nos meses que antecederam as eleições municipais de 1996. Verifica-se que a maioria dos Pankararu procurou atendimentos médicos em Petrolândia, Tacaratu, Jatobá e em Paulo Afonso (BA), que se caracteriza como a principal referência para atendimentos de maior complexidade na região. Cerca de 32,5% dos Pankararu procuram os chamados curadores e benzedeiras existentes nas aldeias. Dados epidemiológicos da pesquisa indicam que, das 112 famílias entrevistadas, 104 (92,2%) faziam uso de recursos caseiros para o tratamento de suas doenças, indicando ser esta a primeira etapa do itinerário terapêutico utilizado pelos Pankararu. Esses recursos são basicamente fitoterápicos, únicos ou combinados, havendo maior número de citações aos chás de erva-cidreira, mastruz, ameixa e capim-santo.

[8] Por exemplo: dor de cabeça, dor no corpo, dor nas juntas.

O mundo dos encantados

As manifestações culturais e, principalmente, as religiosas dos Pankararu estão completamente envolvidas com o que eles denominam de 'encantados'. Os encantados são entidades que se manifestam na organização política e nas práticas de cura, e são reverenciados em festas tradicionais dos Pankararu (Estevão, 1942), juntamente com a dança do Toré e a bebida da jurema (vinho de ajucá). Os encantados são os espíritos protetores pertencentes ao mundo dos heróis míticos. Segundo os Pankararu, os encantados são colocados em uma forma hierárquica onde o 'Mestre-Guia'[9] é o 'comandante'. Os Pankararu podem localizá-los como moradores nas serras, no rio e nas cachoeiras.[10] Eles comunicam-se com este mundo através das manifestações dos 'praiás', homens iniciados pertencentes ao grupo, que podem servir de intermediários entre o mundo dos encantados e o mundo real. Os praiás se apresentam com uma vestimenta que os cobre da cabeça aos pés (a única parte visível do corpo), confeccionada com a fibra do curuá, uma palmeira existente no sertão.

O Flechamento (ou corridas) do Umbu é a principal celebração dos Pankararu, e ocorre uma vez por ano durante o período da safra do Umbu. Esta festa marca a tradição e a identidade Pankararu e é realizada durante quatro finais de semana seguidos, nos meses de fevereiro e março. A cada sábado, pela noite, os praiás vão para o terreiro e dançam os passos coordenados e puxados por um cantador oficial que conhece as músicas (toantes) específicas para cada praiá. No dia seguinte, domingo pela manhã, inicia-se novamente a festa com os praiás percorrendo, em fila indiana, a aldeia. Cantando ou tocando a flauta, eles vão passando nas casas das pessoas que oferecem uma cesta de gêneros alimentícios para a festa. Em seguida, esta cesta é recolhida por aquele que comanda a cerimônia. A celebração encerra-se no domingo à tarde, com a cerimônia e a dança com a 'cansanção', um tipo de urtiga utilizada pelos participantes que acompanham os praiás e que, dançando, a esfregam no corpo de outro participante como em um ato de flagelação coletiva, lembrando um processo de iniciação.

A celebração do Menino no Rancho não tem uma data fixa, depende exclusivamente do pai de um menino. Está associada a uma cura específica, po-

---

9 Também chamado de Jaburu.

10 A principal localização dos encantados são as cachoeiras de Itaparica. Estas desapareceram com a construção do lago para a hidroelétrica de Itaparica.

dendo ainda ser vista como um ato de iniciação para os meninos. Há muito orgulho de um Pankararu ao se referir que ele foi 'colocado' no rancho. Esta festa também está associada à procura da noiva, pois, durante a celebração, o menino é apresentado a uma menina que participa da festa. E esta menina é chamada de 'noiva do menino do rancho'. Nesta celebração, os praiás, dançando no terreiro, procuram pegar o menino, e este é defendido pelos seus padrinhos, gerando, assim, uma luta física entre praiás e padrinhos. Quanto maior for o número de padrinhos, menor será a possibilidade dos praiás reterem o menino.

A morte é vista como um renascimento para o mundo dos encantados. As pessoas que morrem vão procurar moradia nos lugares dos encantados, nas serras e nas cachoeiras. As doenças podem ser tratadas na medida em que os encantados são chamados, através das intermediações dos praiás em manifestações públicas e privadas.

Os curadores e as benzedeiras estão fortemente presentes na cultura Pankararu, sendo os primeiros a serem procurados para tratar as doenças, como já nos referimos anteriormente. Estes dominam o conhecimento específico das ervas que curam, e incorporam[11] também os encantados, para realizar a cura. Percebe-se nestas manifestações um forte sincretismo religioso relacionado ao catolicismo e às manifestações afro-brasileiras.

Sistemas médicos

Não há muitos trabalhos específicos no âmbito da representação de doenças em áreas indígenas de Pernambuco, sobretudo em relação à saúde reprodutiva. No entanto, há uma riqueza de informações, ainda dispersas em várias monografias, sobre os sistemas e processos de cura. Não temos segurança em caracterizar os processos terapêuticos vividos nessas áreas indígenas como sistemas xamânicos, definidos por Langdon (1996). Estes são bem diferentes daqueles dos indígenas da Amazônia, onde ainda existe um conhecimento especializado, centralizado na figura do pajé como um agente de cura. O processo doença-cura entre os indígenas está relacionado a uma concepção própria, a práticas terapêuticas que passam por um entendimento da cosmologia de cada grupo.

---

[11] Este 'incorporar' não pode ser confundido com as manifestações que ocorrem em celebrações das religiões afro-brasileiras.

Pode-se perceber que os Pankararu convivem com a biomedicina, sendo que alguns deles conhecem bem o vocabulário médico e o utilizam em suas conversas. Essa convivência com a biomedicina não fez com que os Pankararu deixassem de ter suas próprias explicações sobre a etiologia das doenças. Do mesmo modo, parece existir um conhecimento bastante difundido entre os Pankararu sobre práticas terapêuticas próprias. Existe, também, nas diversas aldeias, pessoas que são referidas como curadores e benzedeiras e são reconhecidos como 'bons curadores' pela população. É comum as pessoas se referirem aos curadores e benzedeiras em relatos sobre a eficácia da cura e na utilização de remédios tradicionais. Ou seja, existe um reconhecimento de pessoas especializadas em curar ou dar diagnósticos sobre uma doença no interior do sistema médico Pankararu. Os Pankararu que vivem em São Paulo, por exemplo, solicitam que lhes sejam enviados remédios cuja eficácia e poderes de cura são comprovados.

Não temos ainda dados suficientes para fazer uma caracterização do sistema médico Pankararu. No entanto, existem elementos significativos observados através da concepção e da crença nos encantados que informam aos vivos, aqueles que habitam esse mundo, os possíveis males e até diagnósticos de doenças. Os encantados estão, portanto, no centro do sistema médico Pankararu. Eles têm um espaço localizável pelos Pankararu e podem ser reverenciados através de praiás, curadores e benzedeiras. Percebe-se a necessidade de se compreender o sistema médico Pankararu com o objetivo de sugerir programas de saúde que sejam culturalmente adequados. Neste sentido, a pesquisa em andamento na área, partindo da análise da representação das doenças do ciclo da reprodução, é necessária para dar um referencial nas discussões dos programas de saúde a serem desenvolvido em áreas indígenas.

Reprodução e sexualidade

Os Pankararu fazem parte dos grupos indígenas de Pernambuco que, durante cinco séculos, estão em contato com a sociedade nacional. À primeira vista podem ser confundidos com qualquer habitante do sertão pernambucano. Durante todos esses anos, foram discriminados, perseguidos, reduzidos e coibidos de se apresentarem como Pankararu. A identidade Pankararu, hoje, é o resultado de uma contínua reelaboração de sua presença na região em confronto com os representantes da sociedade nacional. A relação deste povo com o ambiente sertanejo tem características peculiares. Eles detêm conhecimentos bastante refinados de convívio com o semi-árido e com o Rio São Francisco. Esses co-

nhecimentos merecem ser estudados no sentido de se aprender sobre essas formas adaptativas, e delas tirar lições de convivência com seca.

Nossa pesquisa sobre a representação das doenças do ciclo da reprodução procurará entender os aspectos relacionados a questões da saúde reprodutiva. Neste trabalho, assumimos que a saúde reprodutiva deve ser entendida como um "estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou incapacidades em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos" (Berquó, 1998:26).[12] Portanto, vai além das questões colocadas pela biomedicina, na qual as pessoas são vistas como objetos e não como sujeitos (Confalonieri, 1993).

Nas monografias recentes sobre os Pankararu, existem poucas informações sobre a dinâmica atual de organização social e percepções sobre o ecossistema do semi-árido. Esta relação ainda precisa ser mais bem descrita com o intuito de compreender a noção de bem-estar existente na cultura Pankararu. Durante as visitas realizadas, pôde-se notar uma organização peculiar do espaço da área reservada, estritamente relacionada com as 'famílias'[13] Pankararu. A relação com a terra (serras, grutas e fontes), além de ter uma importância fundamental para a identidade Pankararu, parece estar relacionada ao seu sistema de cura. A relação saúde e cultura é da mesma natureza e ainda necessita ser mais bem explorada. Faz-se urgente e necessário compreender as formas de adaptabilidade dos Pankararu com relação ao semi-árido, onde eles vivem e elaboram suas práticas de intervenção nas doenças e, sobretudo, de que forma o Rio São Francisco (onde estão as moradas dos encantados) interfere nesses processos.

Desde a construção da Hidrelétrica de Itaparica, em 1989 (que fez submergir quatro cidades do lado pernambucano e desaparecer as cachoeiras sagradas dos Pankararu), que este grupo encontra-se em um contínuo processo de reelaboração. Além das formas da adaptabilidade dos Pankararu ao semiárido, dever-se-ia procurar entender como as 'famílias' ocupam esse espaço. Ao estudar as formas de ocupação espacial e a organização social atual, de uma maneira mais globalizante, ou seja, apreendendo todo conjunto de aldeias Pankararu e as relações entre as diversas 'famílias', seria possível compreender as questões relacionadas à saúde reprodutiva na área.

---

[12] De acordo com o relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada de 5 a 13 de setembro de 1994, no Cairo.

[13] As famílias Pankararu — aqui entendido no seu sentido mais amplo, quase como "clãs" — parecem ter um espaço próprio e um lugar espacial bem definido, merecendo um estudo para se delimitar os espaços sociais de cada uma delas.

Uma vez estabelecidas todas essas relações, podemos então buscar elementos significativos no campo da vida sexual e reprodutiva de mulheres e homens, importantes na concepção de programas de saúde para a região. Não se trata simplesmente de buscar soluções ou propostas no campo da contracepção, e sim ampliar o foco para a necessidade de políticas sociais, sobretudo no campo da educação e da saúde, formuladas sob uma perspectiva de gênero. As informações disponibilizadas a seguir são resultados de uma pesquisa qualitativa envolvendo mulheres de seis aldeias Pankararu (Espinheiro, Serrinha, Brejo dos Padres, Saco, Tapera e Carrapateira). Elas foram coletadas em entrevistas e grupos de discussão envolvendo cerca de 66 mulheres, no período de 1998 a 2000.

Escolha de parceiros sexuais e namoro

As referências sobre a escolha de parceiros e namorados entre as entrevistadas aparecem de duas formas: aquelas que tiveram uma forte influência dos pais na decisão — as quais parecem ser a maioria — e as que optaram em casar por iniciativa própria, até mesmo contra a vontade dos pais. O namoro e o noivado são estágios aceitos entre os pais Pankararu. Pede-se para namorar 'respeitosamente' em lugares visíveis. Todos sabem quem namora quem. Das entrevistadas no Brejo dos Padres, apenas uma casou-se com o primeiro namorado. O noivado representa um compromisso maior, em que a noiva segue a orientação do noivo. Algumas mulheres casaram-se com um homem indicado pelos pais. A aprovação dos pais revela-se muito importante na organização do novo casal. Aqui se situa uma questão interessante, e se constitui em uma característica das pessoas que habitam o sertão, onde a figura paterna é decisiva na escolha do marido para a filha. Acredita-se, no entanto, na possibilidade de investigar melhor a relação com um sistema de parentesco peculiar à área Pankararu, visando verificar um padrão que certamente deverá existir.

A primeira experiência sexual aconteceu antes do casamento para a maioria das mulheres entrevistadas. Nesses casos, essa experiência foi considerada boa, sobretudo para as que continuam com o primeiro parceiro. Aquelas que viveram sua primeira relação sexual com um rapaz que atualmente não é o marido dizem ter tido uma experiência ruim, principalmente por ter sido escondida. Normalmente, a primeira vez acontece entre os 14 e 18 anos, de acordo com os relatos das entrevistadas. Sobre esta experiência, algumas das mulheres afirmaram que no início não gostaram, sentiram dor, desconforto, demoraram a se acostumar. Outras gostaram. "Hoje, abaixo de Deus, é a coisa que

mais gosto", disse uma das entrevistadas. Algumas foram à 'Igreja Verde' — termo usado para referir que a relação sexual foi realizada no mato — e se casaram logo em seguida. Participar da 'Igreja Verde' parece ser um comportamento aceito por todas, mas não abertamente.

Não há uma repressão, do tipo 'tem que ficar escondido'. No entanto, houve entrevistadas que ressaltaram a importância da virgindade no casamento. "Quando não for virgem, pode ser devolvida", disse uma delas. A virgindade pode ser um ideal, porém não é uma questão colocada como importante. Há várias mães solteiras na região, cujos filhos são criados pelas avós. Porém, há relatos de casos de rapazes que devolveram a esposa ao saberem que elas não eram virgens. A maioria das mulheres entrevistadas foi noiva, com o tradicional pedido aos pais. A recordação das mulheres entrevistadas com relação ao próprio namoro e à experiência sexual antes do casamento leva a três afirmações: a) namoro só com a permissão dos pais; b) só tocar na mão e não beijar; c) sexo só depois de casada.

A idade para o casamento situa-se entre os 15 e 18 anos. Porém, esta faixa etária parece estar mudando: as entrevistadas mais novas preferem casar mais tarde. Não querem seguir o exemplo dos pais. Aí se percebe uma mudança no comportamento até mesmo dos próprios pais. "Elas vão se casar quando tiverem terminado a escola e se arrumado na vida". É uma mudança que leva em conta a situação econômica das famílias. "Devido às constantes secas, desde 1985, a terra não tem mais um ritmo", disse um senhor do Brejo dos Padres. A população está muito mais empobrecida, sobretudo quem tinha animais e até hoje não conseguiu se recuperar economicamente. Como nos informa João Oliveira, do Brejo dos Padres, a produção agrícola não "dá como antes", agora, "apenas aqueles que estão na produção de frutas conseguem alguma coisa, e assim mesmo é pouco".

A falta de informações e registros sobre a produção agrícola da área indígena dificulta determinar a relação entre a produção e a procura de parceiro. As moças e os rapazes com os quais mantivemos contato preferem dizer que não querem trabalhar na roça. É um trabalho cansativo e que rende pouco. Existe, sim, uma procura por empregos, o que faz com que os jovens prefiram estudar mais para conseguir uma profissão. As moças que ainda se dedicam à roça continuam casando cedo. Foi percebida a existência de um ritual do casamento na área. As mulheres que moram no Brejo dos Padres relataram que, no dia do casamento, vão à bica (uma queda d'água) em uma das fontes existentes, acompanhando os noivos para que tomem um banho e se lavem antes da cerimônia. Existe também um cortejo que acompanha os noivos até a igreja.

O aborto não é aceito entre todos da área, embora exista uma série de tratamentos tradicionais conhecidos pelas mulheres para se abortar. Nas relações sexuais antes do casamento, certamente houve precauções a respeito da gravidez. No entanto, as mulheres não precisaram quais métodos foram utilizados. Engravidar, com certeza, significaria casamento em seguida. Sem o consentimento dos pais, isso seria arriscado e provocaria um desequilíbrio na ordem familiar.

Uma das condições para a formação de um novo grupo doméstico é ter a casa, o local de moradia. Neste aspecto, os homens dizem que casam tão logo tenham condições de manter a casa. As casas dos filhos (há uma preferência para a virilocalidade) estão ocupando pedaços de terras que outrora eram usados para o plantio. A falta de terras se tornou uma pressão muito grande. As terras situadas na aldeia Brejo dos Padres parecem ser as mais férteis da região, que hoje está com uma densidade populacional considerável. Muitos moradores do Brejo, e mesmo os do Saco dos Barros, têm suas roças na área do Caldeirão — recém-desapropriada pela Fundação Nacional do Índio (Funai). Ainda é cedo para confirmar essas observações, pois não se fez uma análise mais detalhada sobre o local de moradia dos recém-casados. Mas, geralmente, eles vão habitar no local do pai do marido. Os recém-casados que atualmente estão morando no local do pai da esposa são poucos. As filhas viúvas ou solteiras fazem suas casas na área considerada da família. O caso da família do Sr. X. é bastante ilustrativo. Uma de suas filhas reside sozinha com os filhos, em uma casa na área da família. Este fato é permitido ou tolerado. O marido há algum tempo a deixou. A declaração do pai serve como exemplo: "Viu? Ela foi atrás de quem não era para ir, veja como está hoje, sozinha". As mulheres que assumiram um parceiro sem o consentimento dos pais tiveram de deixar a casa.

Temos observado que a escolha de parceiros sexuais está relacionada com a posse de terras. Os Pankararu estão estimados em 4 mil indivíduos, moram em 14 mil hectares de terras, situadas nas serras, com pouca capacidade produtiva, o que faz com que as terras com possibilidade de agricultura passem a ter um valor considerável nas uniões matrimoniais. As melhores áreas ainda estão ocupadas por posseiros. Ter terra para plantar é uma busca constante entre os Pankararu, sobretudo se o ano é considerado bom para o plantio, ou seja, quando as chuvas vêm no tempo certo. É importante casar os filhos, mais precisamente as filhas, com pessoas que possuam terras, uma vez que está havendo uma subdivisão de terras entre os filhos. Terra e casamento parecem estar intimamente relacionados, daí a necessidade dos pais em participar ativamente da escolha dos futuros genros e noras. Outro motivo para

participar dessa escolha diz respeito ao conhecimento sobre quem é parente ou não. Em outras palavras, quem pode casar com quem. Na idade de casar, muitos Pankararu ainda não sabem quem são os casáveis ou não.

Gravidez e parto

A maioria das entrevistadas tem mais de oito filhos. Ter muitos filhos, além de representar riqueza, significa dispor de muitas pessoas para cuidar do pai ou da mãe na velhice. É considerado normal o grande número de filhos entre os Pankararu, pelo menos entre as mulheres mais idosas. São os filhos que garantem a continuidade na terra. Ter muitos filhos está associado também à garantia de terras, que se traduz em recursos alimentares. O trabalho começa cedo. Para aqueles que trabalham na terra, ter muitos braços significa aumentar a produção. Essa característica pode ser vista entre os sertanejos. Os Pankararu também seguem esses comportamentos. As mulheres mais novas e aquelas que ainda não casaram não pensam da mesma maneira. O número de filhos que elas esperam ter é bem menor do que o de seus pais. Foi observado que as mulheres sempre contam os abortos no total de filhos tidos. Não fazem distinção entre os filhos que nasceram e os que em seguida ao nascimento morreram, ou mesmo os que foram abortados. É comum escutar: "eu tive oito filhos, seis estão vivos e dois morreram".

Foi comum nos relatos das entrevistadas a referência a uma adolescência saudável. A menarca ocorre entre 11 e 15 anos. É celebrada e indica a possibilidade de reprodução e um passo para a identidade feminina. Restrições alimentares foram referidas pelas mães e por outras mulheres mais experientes no período da menstruação: se chupar manga, dá corrimento e aumenta o fluxo; se comer certos tipos de peixe — curumatá, cari, surubim —, dá coceira e cólica; a pinha diminui o fluxo; também não é bom comer feijão de corda, umbu e ovo. As alternativas para a cólica menstrual são os chás de hortelã, macela, aroeira, pimenta-do-reino e arruda, além do 'remédio comprado na farmácia'. Para o corrimento e a coceira, procura-se tomar banho com vinagre ou algumas ervas e água.

As pessoas entrevistadas referem-se ao sangue como sendo 'fino' ou 'grosso'. O sangue fino é bom e o grosso é considerado com possibilidades de problemas. O sangue grosso está associado a doenças de pele, como coceiras no braço, no antebraço, na virilha e nas pernas. Para 'afinar o sangue', usa-se o chá de erva de mororó ou erva-cidreira batida no liquidificador. De acordo com o conhecimento local, as mulheres dizem que o sangue de criança é mais

propenso à anemia. As doenças mais freqüentes relacionadas ao sangue são diabetes (que é um sangue fraco) e o colesterol alto. O sangue da menstruação é considerado um sangue ruim. Como as mulheres relatam, é aquele que "sai de baixo, vai para a cabeça e, quando volta, não presta mais". É uma "doença", porque quando a mulher vai menstruar o "útero e os ovários ficam inflamados".

As entrevistadas disseram não manter relação sexual quando estão menstruadas, acham que é "nojento e incomoda". Os cuidados com a menstruação são bem definidos e parece existir um certo padrão: não deve haver práticas sexuais e, como mencionado anteriormente, a alimentação muda. É interessante notar que há cuidados tanto para aumentar o fluxo quanto para diminuí-lo. Observa-se que os cuidados alimentares durante o período menstrual são os mesmos praticados durante o período de resguardo. Este pode durar até um mês, para prevenir problemas de saúde que vêm diretamente do sangue. O gergelim serve para a desintoxicação (sangue frio). A comunidade associa sangue e sinais de vida em mortos à necessidade de vingança: "Se o sangue jorrar de um defunto assassinado é porque precisa ser vingado".

A maioria das mulheres tem consciência que a gravidez "aparece com o sêmen". Muitas chegaram a usar preservativos como método contraceptivo. Porém, a certeza da gravidez aparece quando "a boca fica azeda e com gosto de sal e emagrecem". Uma das entrevistadas disse ter passado dois meses para engravidar — ela achava que um dia fazia-se um bracinho, outro a perninha, porque era "rapidinho". Mas isso parece ser uma exceção. As mulheres mais velhas deram à luz com parteiras. As entrevistadas acima dos 50 anos não tiveram experiências com médico durante a gravidez e nem fizeram pré-natal. Buscavam ajuda com as benzedeiras da aldeia e eram tratadas com plantas medicinais e reza. Entre as mais novas, poucas têm seus filhos com parteiras. Quando se fala em pré-natal com agente de saúde ou médico na cidade, apenas as da geração atual o fazem. No entanto, elas consideram que mesmo com a benzedeira ou a parteira existe um 'pré-natal', um acompanhamento realizado segundo os moldes tradicionais.

Durante a gravidez, não é aconselhável comer peru, buchada, peixe e tudo o que é proibido durante a menstruação. Dependendo do alimento, a mulher passa maior ou menor tempo de abstinência. Foi citado o caso de uma pessoa que não conseguia comer nada porque enjoava. Esse período de abstinência agravou seu estado de saúde e ela acabou morrendo (não foi mencionado o nome da doença).

Houve, durante as entrevistas, várias referências sobre as atendentes — como elas costumam chamar as parteiras tradicionais. Em relação às parteiras 'estudadas', as referências foram sempre positivas: "não molhavam o umbigo da

criança", "tiravam a secreção do nariz e batiam no bumbum", "sempre cuidadosas, não deixavam a mulher beber cachaça na hora do parto e sabiam quando a mulher e a criança deviam tomar banho". A parteira chega a dizer a hora em que a criança vai nascer, dá banho e balança o menino para tirar a sujeira. Desde cedo as mulheres escolhem as parteiras. Segundo as entrevistadas, elas estão diminuindo porque as mais novas têm medo de exercer essa função. Uma outra referência à parteira foi a seguinte:

> *Muita gente da Tapera [uma das aldeias] e de Itaparica [cidade próxima à área] escolhe X, que é parteira no hospital de Itaparica. Mesmo de folga, não pode sair de casa porque já tem a sua clientela que pode chamar a qualquer momento. Tornou-se parteira depois de ter os filhos. Para ela é muito melhor ter filho no hospital, porque se tiver hemorragia, por exemplo, toma vitamina K, entre outras precauções que em casa não tem.*

Talvez, essa preocupação com os recursos disponíveis nos hospitais e nas maternidades reforce o risco de parir em casa, amedrontando e desestimulando as mulheres mais novas ao exercício deste ofício.

A maioria das crianças nasceu em casa. Não há dados estatísticos para confirmar essa afirmação. Apesar de reconhecerem a maternidade como um lugar importante, há relatos de problemas com o parto, por exemplo:

> *Ela ficou três dias em casa sofrendo pra ter o filho com a parteira. Quando foi pro hospital, passou mais dois dias e o menino não nascia. Aí a enfermeira tirou o filho com o ferro e, na ignorância, machucou a cabeça do menino e ele ficou doente do jeito que é. Os outros dois filhos foram em casa.*

Depois do parto, a mãe, a sogra ou outra figura feminina (irmã, por exemplo) sempre estava presente para ajudar a mulher que havia dado à luz. O marido ficava junto da esposa nos casos em que as mulheres estavam ausentes. Somente em alguns casos ele chegou a estar em primeiro lugar neste apoio pós-parto. Mesmo contando com a ajuda de familiares, as mulheres que tiveram filho voltavam a fazer suas atividades após um período máximo de, aproximadamente, quatro dias de descanso. No pós-parto, não podiam lavar a cabeça durante 15 dias. Tomavam banho e depois jogavam um balde com água morna e ervas no corpo. Também utilizavam o chá de erva-doce para limpar as "trompas" do recém-nascido.

Todas as entrevistadas amamentaram seus filhos. Algumas delas só pararam de amamentar quando engravidavam novamente. O desmame era feito com

pimenta e babosa aplicadas no peito. Foi impressionante o número elevado de relatos sobre casos de mortalidade infantil. Houve depoimentos de morte por sarampo no final dos anos 1950. Lamentavelmente, não existem dados estatísticos que permitam comparação com as condições de saúde atual. Os Pankararu afirmam que, hoje, morrem menos crianças devido ao "progresso" que está chegando.

Quando os bebês nascem, a mãe lhes dá três gotinhas de aguardente —um cuidado para a prevenção de tétano, ensinado pela avó materna da criança. Elas colocam 'cuspe de fumo' no umbigo da criança, para que ele possa secar e não crescer. Queimam o caroço do umbu, ou então pegam a poeirinha do canto da parede, e aplicam no umbigo. Até o bebê completar o primeiro mês, o banho é preparado em água morna. O banho gelado é evitado para que a criança não pegue o mal-de-sete-dias. Além do leite materno, o bebê pode ingerir o leite de cabra cozido. Quando o filho nasce em casa, mesmo durante o dia, é costume acender uma lamparina. Os cuidados com as crianças recém-nascidas são muitos, mostrando que os Pankararu seguem algumas regras específicas que podem ser diferenciadas do restante da população sertaneja.

As crianças têm uma infância bastante ligada à terra, fazendo atividades como cuidar dos animais, buscar água e trabalhar na roça. Segundo alguns entrevistados, atualmente existe facilidade de acesso à escola em todas as aldeias. Há, também, um interesse dos pais em cuidar da escolaridade dos filhos. Tivemos oportunidade de participar de reuniões escolares em final de semestre, e notamos que a presença dos pais (não só das mães) era grande.

A diarréia é muito freqüente nas crianças pequenas. Para curá-la, devem ser utilizados o soro caseiro, a água de coco, o caldo de arroz, o chá de umbuzeirinho, a raspa do umbuzeiro em água fria bem tratada, fubá de milho fininho molhado na água e limonada. A maioria das crianças relatadas nas entrevistas não teve doenças na infância e foram vacinadas na escola.

Há casos de morte no pós-parto devido a hemorragias ou 'tétano' no umbigo (mal-de-sete-dias). As crianças recém-nascidas não saem de casa durante uma semana, como forma de se proteger do mal-de-sete-dias. Há uma menção ao vento, que não é determinado, embora seja causa de morte: "Morreu porque pegou vento". Até mesmo as roupas do recém-nascido não secam fora da casa para não pegar vento. Nesses primeiros dias, as crianças são envolvidas em cerimônias de proteção, recebendo inúmeros cuidados, que incluem 'fechar o corpo' e cuidar para que elas não peguem 'quebranto'. O pai, a mãe e os parentes próximos cuidam do mau-olhado. Nesta idade, as crianças

estão ligadas ao menino do rancho, pois é quando 'encomendam' os cuidados a um dos praiás. Quando aparecem doenças, são feitas promessas aos praiás e aos encantados: "O que importa é que a criança cresça sadia".

Práticas terapêuticas

A relação com as benzedeiras e os curadores se apresenta de duas formas: a benzedeira trabalha perto do paciente sem referir-se aos encantados, enquanto o curador trabalha longe do paciente e lida com os encantados que ele conhece. Dificilmente um curador vai à casa do doente. Este realiza curas através dos encantados, dos sonhos e dos encantamentos. Já a benzedeira, vai à casa do doente se ele não puder se locomover. Na casa da benzedeira, existe uma frase-chave para a pessoa ser atendida: "Pelo amor de Deus". Essas palavras, segundo as entrevistadas, expressam a necessidade de enfatizar que o trabalho realizado será regido em "função de Deus". Geralmente, estas mulheres benzem com ramos de arruda, pinhão roxo e pinheira. A benzedeira é quem diz se é preciso ir ao médico ou se ela mesma faz o tratamento. Muitos doentes "saram na cura do índio".

Existem também lugares que podem curar. Na aldeia do Jitó, próxima ao Brejo dos Padres, existia um lugar onde as pessoas com o corpo aberto ficavam doentes. Este lugar era formado por umas pedras localizadas junto à estrada e era conhecido como 'Cruz-coroa-brava'. O mesmo é de conhecimento dos curadores, que geralmente são "donos de praiás" e fazem referência aos encantados. Cada encantado tem uma função e um nome, pelo qual pode ser chamado. Outros lugares como este também foram mencionados: a Bica da Nascença ("criança não podia ir à fonte porque a Mãe D'água botava quebranto") e a Pedra no caminho da aldeia Tapera. A comunidade acredita que "o desmatamento tem afastado os encantos e os encantados". Foi mencionada a existência de pedras especiais dos encantados. Estas possuem cores, características e desenhos próprios no seu interior. Quem encontra uma destas pedras deve escondê-la até a ocasião da saída dos praiás e dos encantados, e passar por um ritual que "tem banho de ervas para os espíritos, alho, fumo, cachimbo e as pedras. As mulheres, as crianças e os brancos não podem participar".

Os curadores trabalham com o maracá (cabaça) e o cachimbo. Os Pankararu fizeram referência específica a João Brabo, um dos encantados que nas danças não entra na fila. Também foram mencionados outros encantados, como o Mestre-Guia, o Capitão da Meia-Noite e o Chupunhum. Esses parecem

ser os mais famosos entre os praiás. A referência ao maracá é importante: "os curadores têm o maracá e chamam os encantados deles, encruzam a criança e rezam".

Saúde reprodutiva e etnia: perspectivas e alcances

A partir dos dados relatados anteriormente sobre a prática reprodutiva das mulheres Pankararu, podemos perceber que ainda existe um caminho a ser percorrido no âmbito das representações do corpo e da saúde reprodutiva das populações indígenas. A gravidez, a maternidade e os cuidados com os filhos são temas fundamentais para se montar um perfil epidemiológico. Além disso, são essenciais em uma cultura construída nas relações sociais e históricas de um determinado povo. A menstruação, a gravidez e o parto têm um significado próprio, distinto de outros grupos sociais. Cada cultura tem um modo próprio de representar o corpo (Mead, 2000). Nos estudos sobre parentesco das populações indígenas, encontramos vários exemplos onde a reprodução (a capacidade de gerar filhos) está relacionada com a identidade da mulher e sua inserção na vida social da aldeia.

O ciclo reprodutivo Pankararu está fortemente relacionado a elementos do meio ambiente e interage com o crescimento e as transformações no corpo. Passa-se para um novo estágio de vida quando se observa uma mudança no corpo e, em seguida, garante-se prestigio e poder no grupo. O crescimento é uma responsabilidade de todos, dando assim uma dimensão integradora de um indivíduo em relação a outros. Todos os membros de uma mesma família — crianças, adultos e velhos — estão inter-relacionados. Por exemplo, as restrições durante a gravidez e o pós-parto, as quais os pais da criança são obrigados a seguir, encerra-se quando o umbigo da criança seca e cai. Essas restrições e as práticas alimentares específicas estão presentes em todas as sociedades, sendo fortemente seguidas entre as populações do semi-árido. É importante conhecê-las para entender questões de saúde reprodutiva e populações indígenas. A relação entre alimentação e os momentos específicos de transformações no corpo é parte desta dimensão integradora.

Tão logo consiga reagir a um estímulo externo com consciência (rir ou falar), a criança estará apta a receber um nome e fazer parte efetiva de um grupo. "Torna-se pessoa." Essa capacidade de transformação do indivíduo é vista como parte da vida humana relacionada com o mundo dos encantados. As explicações para comportamentos e reações estão relacionadas com espíritos, animais, vegetais e 'coisas' (objetos), criando, assim, um conjunto de represen-

tações simbólicas que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Os mais velhos cuidam dos mais novos, e uma criança que está fugindo do comportamento aceito como normal será levada a um especialista (curador ou benzedeira) para lhe "fechar o corpo" contra espíritos, doenças e mau-olhados. De uma aldeia indígena, no interior de uma floresta, até uma cidade extremamente urbanizada, podemos verificar os mesmos comportamentos com roupagens diferentes.

Vale lembrar que o debate situando o corpo (Leal, 1995; Paim, 1998) como tema de políticas públicas de saúde se instalou no Brasil a partir do movimento feminista, nos anos 1980. Basicamente, colocava-se que as mulheres deveriam decidir sobre suas opções reprodutivas e sexuais. Esse movimento teve características urbanas. No meio rural, muitas mulheres nem mesmo entendiam essas reivindicações, uma vez que estavam vivendo em um regime patriarcal característico do mundo camponês, submetidas à vontade de seus maridos. Essas mulheres representam seus corpos a partir de suas experiências relacionadas com um universo simbólico distinto das mulheres urbanas, submetendo-se a intervenções que não levam em conta sua identidade étnica e a relação que mantêm com os valores de seu grupo social.

Essa dissociação das reivindicações do movimento de mulheres sobre a possibilidade de escolher as opções reprodutivas e sexuais ainda situa-se em descompasso entre o campo e a cidade, sobretudo entre as populações indígenas. Nas áreas indígenas do Nordeste, o atendimento se dá através da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), onde não há uma preocupação com a realidade étnica epidemiológica. Saúde reprodutiva e etnia ainda são áreas de conhecimento em construção. Ambas necessitam de pesquisas apropriadas para que fundamentem o desenvolvimento de programas de saúde reprodutiva entre as populações indígenas. Desta forma, essas populações serão envolvidas no atual debate sobre os direitos reprodutivos, podendo, assim, incluir saúde e etnia na grade temática já desenvolvida por Corrêa (1996), que relaciona saúde e direitos, reprodução e sexualidade Acrescentaríamos, ainda, cultura e etnia na discussão sobre políticas públicas de saúde.

O que se percebe é que a proposta de atenção diferenciada, tal como prevista no modelo atual dos Distritos Sanitários Indígenas, vem enfrentando dificuldades para concretizar-se nas diversas áreas do país. Acredita-se que as principais dificuldades estão na ausência de orçamento específico para a implantação de programas de saúde específicos e na qualidade dos recursos humanos, com capacitação para atuar em áreas etnicamente diferenciadas. Os esforços realizados esbarram na alta rotatividade do pessoal médico, que atua nas áreas indígenas. Tal fato é resultado da falta de acompanhamento técnico,

que leve em consideração as características epidemiológicas e étnicas. Talvez a real dificuldade seja a tensão entre o direito constitucional a uma saúde 'diferenciada', e a compreensão do governo federal sobre o papel do Estado na direção das ações nesse campo. Torna-se claro que as medidas que o governo federal vem adotando no campo da saúde reprodutiva respondem exclusivamente a uma política de redução de gastos, que afeta os direitos adquiridos dos povos indígenas.

Uma outra dificuldade que pode ser percebida neste contexto é o descompasso existente entre as políticas formuladas na área da saúde reprodutiva, incluindo-se saúde indígena, e a resposta que as instâncias normativas do Estado conseguem assimilar. Existem várias experiências em saúde reprodutiva com populações indígenas que merecem ser sistematizadas, no sentido de agrupar subsídios para a definição mais clara de uma política nesta área. O desafio que se coloca na atualidade está em como explorar as possibilidades de executar políticas de saúde, sem deixar de construir políticas que de fato possam incorporar os conhecimentos específicos sobre a saúde reprodutiva dos povos indígenas.

Referências bibliográficas

ARILHA, M. & CITELI, M. T. (Orgs.) *Políticas, Mercado, Ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva.* São Paulo: Editora 34, 1998.

ARRUTI, J. M. A. *O Reencantamento do Mundo: trama, história e arranjos territoriais Pankararu,* 1996, Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Museu Nacional.

BERQUÓ, E. O Brasil e as recomendações do plano de ação do Cairo. In: BILAC, E. D. & ROCHA, M. I. B. (Orgs.) *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe.* São Paulo: Editora 34, 1998.

CONFALONIERI, U. E. C. *Saúde de Populações Indígenas: uma introdução para profissionais de saúde.* Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1993.

CORRÊA, S. Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva.* Rio de Janeiro: Fiocruz: 1999.

DAVIS, D. L. & WHITTEN, R. G. The cross-cultural study of human sexuality. *Annual Review of Anthopology,* 16:69-98, 1987.

ESTEVÃO, C. O ossuário da gruta do padre em Itaparica e algumas notícias sobre remanecentes indígenas no Nordeste. *Boletim do Museu Nacional.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1942.

LANGDON, E. J. Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana. In: SANTOS, R. & COIMBRA, C. (Orgs.) *Saúde e Povos Indígenas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

LANGDON, E. J. Introdução: xamanismo: velhas e novas perspectivas. In: LANGDON, E. J. (Org.) *Xamanismo no Brasil: novas perspectivas.* Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e Significados: ensaios de antropologia social.* Porto Alegre: UFRGS, 1995.

MEAD, M. *Sexo e Temperamento.* São Paulo: Perspectiva, 2000.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D. & LEAL, O. F. (Orgs.) *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INDÍGENA: IMPLICAÇÕES PARA MINORIAS E SAÚDE REPRODUTIVA

Esther Jean Langdon

O artigo Corpo, Fertilidade e Reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcance, de Renato Athias (nesta coletânea), levanta várias considerações relativas ao tema de saúde reprodutiva e etnicidade. Trata-se de um grupo indígena específico, mas aponta para realidades pertinentes a outros índios e também a outras etnias minoritárias no Brasil. Levando em conta os aspectos particulares e gerais do trabalho, espero comentá-lo analisando as particularidades das políticas públicas de saúde indígena, destacando as implicações sobre o campo geral de etnicidade e saúde reprodutiva.

No Brasil, o índio é uma minoria em termos numéricos e étnicos. A população indígena compõe, aproximadamente, 0,2% da população brasileira (Ricardo, 1995). Atualmente é estimada em 340 mil pessoas, porém ainda não existem dados exatos sobre o tamanho dessa população. Além de os indígenas serem numericamente poucos em comparação com a população total, são caracterizados por uma multiplicidade de grupos e línguas. A maior parte dos índios brasileiros pertence a microssociedades. Quarenta por cento dos 206 povos — ou seja, 83 grupos — têm uma população até 200 indivíduos e cerca de 77%, até mil indivíduos (Ricardo, 1995). Eles se encontram em vários estágios de contato com a sociedade envolvente: em um extremo, existem os grupos isolados ou semi-isolados, sofrendo ainda o impacto da violência e das doenças de contato; no outro, estão os que mantêm contato constante com a população não-indígena, havendo um número considerável que vive na periferia das cidades grandes. Inclusive, como nos é demonstrado no artigo de Renato Athias, há um significativo número desse grupo vivendo em uma favela da cidade de São Paulo.

A situação de contato constante é característica das regiões populosas do país: Sul, Sudeste e Centro-Oeste, onde se instalam mais de 50% da população indígena brasileira. Podemos observar que a situação sanitária dessas co-

munidades é semelhante à dos grupos pobres da população geral: altas incidências de desnutrição, tuberculose, problemas de saúde bucal, parasitas, alcoolismo, alta mortalidade infantil, baixa expectativa de vida etc. E há uma grande preocupação de que a Aids se torne uma epidemia que ameace a sobrevivência dos povos indígenas nos próximos anos.

Apesar da Constituição Federal promulgada em 1988 dedicar um capítulo especial aos povos indígenas e ser considerada uma das constituições mais avançadas, tornando o Brasil uma referência como estado pluriétnico, é possível afirmar que ainda hoje, a exemplo de outros grupos minoritários, os indígenas não gozam de cidadania plena. As lutas contra as invasões de suas terras e os esforços para a demarcação de seus territórios continuam. O Estatuto do Índio, criado em 1973, está ainda em vigor, mesmo após várias tentativas de revisão. Segundo essa legislação, o índio ocupa o *status* de um menor de idade, sendo considerado 'relativamente incapaz'. Vítimas de estereótipos pejorativos, os índios também sofrem discriminação e exploração frente à sociedade nacional. Quando examinamos seu direito à saúde, descobrimos que o processo de tornar este direito uma realidade está apenas iniciando, e a discussão sobre a saúde reprodutiva na população indígena é ainda mais incipiente. A questão de etnicidade e direitos reprodutivos representa uma dupla discriminação: a desigualdade dos serviços de saúde entre grupos étnicos, e a falta de atenção adequada à saúde reprodutiva.

Políticas públicas e a saúde indígena

A constituição de 1988 foi parte da redemocratização do país. Na mesma década, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado, delegando mais responsabilidade e poder às municipalidades. Frente a essa reforma de municipalização da saúde, em 1986 se realizou a Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que objetivava avaliar a situação de saúde desses povos e criar uma política efetiva para eles. Na época, a Fundação Nacional do Índio (Funai) estava encarregada da saúde indígena. Em teoria, 90% dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos nos postos de saúde localizados dentro das áreas indígenas. Casos mais difíceis, que precisassem de diagnóstico ou tratamento mais sofisticado, deveriam ser remetidos aos hospitais locais e/ou aos serviços do Ministério da Saúde com o qual a Funai mantinha convênios, tais como Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) rural, Secretarias de Saúde dos Estados, Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) e Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam). Final-

mente, os casos mais sérios deveriam ser encaminhados às Casas do Índio nos Centros Regionais da Funai.

Porém, na época da Primeira Conferência, a situação da saúde indígena era precária e os serviços se caracterizavam pela falta de uma rede eficiente de atendimento, de uma infra-estrutura adequada nas áreas, de profissionais preparados para trabalhar com a especificidade cultural das várias etnias e de recursos financeiros. Tampouco existiam dados sobre a situação epidemiológica desses grupos e nenhuma instituição era encarregada de centralizar os dados. Ainda mais, a Funai, com seus vários problemas, estava incapacitada para atender as necessidades de saúde dos índios, em estado lamentável devido a fatores como a marginalização, a perda de território, as mudanças ambientais, a conseqüente perda das técnicas tradicionais de subsistência e a exploração por parte da sociedade envolvente. Essa situação deteriorada era vivida pelos Pankararu no final dos anos 1990, e a pesquisa de Renato Athias representa um estudo de caso que se pode generalizar para a maior parte dos povos indígenas.

A Primeira Conferência contou com um número considerável de representantes indígenas (na maior parte homens) e funcionários da Funai e do Ministério da Saúde, profissionais da saúde, antropólogos e membros de organizações não-governamentais que trabalham junto às comunidades indígenas. A participação indígena — indicando o crescimento da força política das suas organizações no país, notadamente a União das Nações Indígenas (1988) — foi importante para as conclusões da Conferência, entre as quais gostaria de ressaltar três que apontam os caminhos adotados pela legislação de saúde indígena nos últimos 15 anos: 1) a necessidade urgente da implantação de um subsistema específico, com a criação de uma agência para esse fim, vinculada ao gestor do SUS, que garanta ao índio o direito universal à saúde; 2) a necessidade de um modelo de atenção diferenciada que respeite as especificidades culturais e práticas tradicionais de cada grupo; e 3) a inclusão das comunidades no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação dos serviços de saúde.

Para realizar a primeira recomendação, foi sugerida a organização de um subsistema através de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Para a segunda e a terceira, foi sugerida a incorporação de índios no atendimento e no acompanhamento do processo por antropólogos. Essas propostas foram incorporadas pela Assembléia Nacional Constituinte em 1988, que criou o SUS e garantiu aos povos indígenas o direito de atenção integral e diferenciada em relação à saúde.

Entre essa conferência e a criação dos Distritos Sanitários em 1999, onze anos depois, a administração e a gerência de saúde indígena passaram

por várias mudanças com a intenção de estabelecer um subsistema de atendimento que integrasse as atividades das instituições governamentais e não-governamentais. As universidades foram consideradas uma parte importante nas parcerias entre a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a Funai, os municípios e as ONGs. Seu papel, nem sempre bem definido, incluía pesquisa, consultoria, provisão de serviços e oferecimento de cursos para profissionais e/ou indígenas. Houve um aumento de pesquisas realizadas para contribuir com o desenvolvimento de atenção diferenciada para grupos indígenas, no decorrer dos últimos dez anos. A pesquisa dos Pankararu dirigida por Renato Athias é um exemplo.

Em 1996, o Programa Nacional de DST/Aids, ligado diretamente ao Ministério da Saúde, começou a se preocupar com os povos indígenas, o que se tornou uma contribuição de extrema relevância, pois até 2000 foram realizadas reuniões e desenvolvidos projetos de significância devido, sobretudo, aos recursos financeiros internacionais. No entanto, há de se lamentar que a especificidade do programa concentre-se na prevenção de DST/Aids, sem abranger a saúde reprodutiva, que é extremamente importante para etnias em risco de extinção.

Por outro lado, para a resolução da questão de controle social em nível nacional, já fora criada, em 1991, a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). O papel da CISI tem sido aconselhar (e recomendar) ao CNS sobre questões da política de saúde indígena e da formulação, execução e controle social dos programas de saúde para o índio. Desde 1993, houve várias tentativas de criar conselhos locais e regionais de saúde para garantir maior participação indígena, porém, sua implantação enfrentou vários problemas e poucos conselhos foram efetivamente estabelecidos até o final de 2000.

A função do papel de Agente Indígena de Saúde (AIS) foi concebida como importante vetor para a inclusão e participação da comunidade nos serviços de saúde e mediação entre a biomedicina e o sistema médico tradicional (Santos, 1996). A saúde da mulher e da criança consta como um dos 21 temas considerados como conteúdos básicos para a formação dos AIS (Santos, 1996). Há várias razões pela falha dos AIS em desempenhar esse papel de mediação, que não cabe analisar aqui, mas vale notar a inexistência de uma avaliação sobre a participação de mulheres como AIS, e também sobre as formas de como os AIS abordam a questão da saúde reprodutiva. Como demonstra Renato Athias no caso dos Pankararu e como veremos adiante, a questão da saúde reprodutiva é tema relevante na provisão de serviços culturalmente sensíveis, para o qual ainda falta uma discussão aprofundada.

Com a criação dos DSEI, a responsabilidade da gestão de Saúde Indígena passou para a Funasa. Sob sua orientação, 34 Distritos Sanitários foram organizados rapidamente, novos recursos financeiros foram concedidos para o funcionamento dos Distritos e vários concursos foram abertos para médicos e enfermeiros, entre outros, no atendimento dos povos indígenas.

Os Distritos Sanitários são organizados independentemente das divisões estaduais e municipais, e variam significativamente na sua composição étnica e em seu tamanho. Cada distrito tem uma equipe de funcionários da Funasa que administra e repassa os recursos financeiros aos projetos específicos de saúde. Idealmente, as ONGs devem formular e administrar os programas específicos de saúde primária dentro das áreas indígenas, estabelecendo convênios com os municípios, hospitais e outras instituições para a provisão de serviços específicos dentro e fora das áreas. Em certos locais, as ONGs são as próprias organizações indígenas. Em outros, em particular no sul do Brasil, ONGs especiais foram criadas para preencher esse papel. Finalmente, há também municípios que recebem as verbas destinadas à saúde indígena. Esse é o caso dos Pankararu, que Renato Athias analisa em outro trabalho (Athias & Machado, 2001).

Assim como na década anterior à criação dos DSEI, o êxito do atendimento de saúde para o índio ainda depende da colaboração de várias instituições, governamentais ou não. Entre elas a Funasa, os municípios, a Funai, os militares (em regiões isoladas), as ONGs e as universidades.

Segundo a Funasa, gradualmente está se resolvendo o problema de acesso aos serviços e há um aumento considerável de recursos financeiros para a saúde indígena, permitindo que cada distrito conte com uma ou mais equipes interdisciplinares que atendam aos postos de saúde localizados nas áreas indígenas. Em casos de atendimentos mais especializados, os índios são dirigidos aos serviços do SUS. No entanto, ainda é muito cedo para avaliar o êxito global desse sistema, pois os problemas se diversificam em cada região, seja pelas diversidades culturais indígenas seja pelo histórico e a atual condição de contato, exigindo soluções tanto locais quanto distritais.[1]

O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena (Brasil, 2001), realizada em junho de 2001, consiste de 157 propostas e aborda todos os aspectos do tema: modelo de gestão e organização dos serviços, vigilância em saúde, controle social, agentes indígenas de saúde etc. Um de seus itens

[1] Veja Athias & Machado (2001) para uma comparação entre o Rio Negro e Pernambuco.

menciona especificamente os aspectos da saúde reprodutiva, abrangendo doenças sexualmente transmissíveis (DST), Aids e alcoolismo, além de correlatos como a tuberculose, propondo como prioritários os cuidados às mulheres, às crianças e aos adolescentes (Brasil, 2001 — proposta 29). No mesmo item, a proposta número 45 recomenda "promover a participação das mulheres (...) por meio de sua atuação nos conselhos de saúde, formação como agentes indígenas de saúde e formação de grupos de discussão sobre seus problemas específicos, sejam locais, regionais ou nacional".

Não pretendo avaliar toda a política de saúde indígena em relação à saúde reprodutiva, que é o tema tratado nesta coletânea por Carlos Coimbra Jr. e Luiza Garnelo. Porém, o trabalho sobre os Pankararu levanta várias considerações importantes com respeito à garantia de serviços adequados e aos direitos reprodutivos de grupos étnicos no Brasil. Sua situação é um bom exemplo de cruzamento entre saúde e etnicidade, porque seu *status* no contexto do Nordeste não difere muito de outros grupos étnicos. Eles têm séculos de contato e, atualmente, ocupam uma posição semelhante à de outras etnias empobrecidas e discriminadas na região, independentemente de suas origens. Há uma diferença cultural por causa dessas origens e dos históricos de contato, mas todos os grupos minoritários, índios ou não, apresentam suas especificidades culturais. É importante mencionar que a pesquisa entre os Pankararu foi realizada antes da implantação dos DSEI, numa época em que os serviços de saúde indígena estavam quase abandonados, em vista de graves problemas financeiros e organizacionais. E é evidente que o problema de acesso dos Pankararu a esses serviços era semelhante ao de outras comunidades pobres rurais. Naquele período, os Pankararu utilizavam os serviços do SUS nas cidades mais próximas, mas o pleno acesso e a qualidade desses serviços deixavam muito a desejar, principalmente por causa da falta de transporte, discriminação e pobreza vivenciadas por esse grupo.

Epidemiologia e diferenças étnicas

"Os serviços de saúde devem atender às necessidades epidemiológicas do grupo étnico em questão" (Brasil, 2002). Quando consideramos a relação etnia/epidemiologia, estamos examinando uma relação mais social do que biológica, mesmo sem negar que a composição genética de uma etnia deixa o grupo mais ou menos vulnerável a certas doenças, comparando-se com a população geral. Em verdade, esse não é um fator tão significante nos grupos indígenas com várias décadas de contato, como é o caso dos Pankararu. Assim, o diagnóstico sa-

nitário desse grupo se caracteriza por doenças e queixas associadas às precárias condições de vida existentes na região semi-árida, ameaçada pela escassez alimentar, pela falta de saneamento básico e pelas condições de trabalho físico às quais a população está submetida. Realidade que os inclui entre os 85% das terras indígenas que fazem parte do *Mapa da Fome entre os Povos Indígenas no Brasil* (Verdum, 1995).

O efeito da discriminação na saúde do índio é mais obviamente evidenciado fora do Nordeste, onde a população em geral não sofre devido às secas e à pobreza, como ocorre nesta região brasileira. Por exemplo, em Santa Catarina, um dos estados mais ricos do país, a maior parte da população indígena sofre de fome ou carência alimentar (Verdum, 1995). Uma pesquisa comparando os índios Xokleng com a população branca de Santa Catarina demonstrou que a mortalidade infantil dos índios é muito mais alta do que a dos brancos, concluindo que as causas se devem às condições de vida precária, e não por questões genéticas (Werner, 1983). Diehl (2001a) corrobora com essa conclusão, demonstrando na sua análise do perfil epidemiológico para os Kaingáng da Área Indígena Xapecó, também em Santa Catarina, que as condições de vida são as causas mais importantes e influentes para a precariedade da saúde desse grupo. Pesquisando os prontuários do Posto de Saúde da aldeia Sede, registrados em setembro de 1999, ela encontrou dados que apontam o maior percentual das doenças de caráter infecto-parasitário, entre as crianças índias de 0 a 14 anos. Avaliando este fato, Diehl (2001a:443) conclui que "essa comunidade está inserida em uma realidade característica das populações pobres de outras regiões do Brasil, vivendo sob condições precárias, com alimentação protéico-calórica insuficiente, sem abastecimento de água potável e de rede e tratamento de esgotos". As conseqüências para a saúde reprodutiva são óbvias.

A situação não parece ser diferente em outros locais do sul do Brasil. Uma comparação entre as populações não-indígenas e os Kaingáng do Rio Grande do Sul concluiu que, entre 1986 e 1995, o número de mortes consideradas evitáveis através de assistência básica — por doenças como desnutrição, tuberculose, e câncer cérvico-uterino, além das de causas mal definidas (Hökerberg, Duchiade & Barcellos, 2001) — é significativamente maior entre os índios.

Em Mato Grosso, o levantamento epidemiológico realizado nas áreas indígenas no período de 1993 a 1995, pela Escola Paulista de Medicina, confirma que a situação de saúde é semelhante, sendo que 46,7% das causas de morte para todas as idades foram atribuídas às infecções respiratórias agudas (IRA), gastroenterocolites e desnutrição. Essas causas foram responsáveis por 76,2%

das mortes durante o primeiro ano de vida. Para todas as etnias estudadas, registrou-se uma concentração de 58,9% das mortes na faixa etária entre 0-5 anos.[2]

Em geral, há uma falta de dados epidemiológicos sobre a situação de saúde dos índios, impossibilitando serviços orientados às necessidades específicas. A falta de dados que abordam especificamente doenças na área de sexualidade e reprodução dos Pankararu pode ser generalizada para os outros povos indígenas. Porém, certos dados indicam que os povos com contato freqüente ou contínuo com a sociedade envolvente têm taxas altas de DST e, conforme mencionado, há um risco grande de uma epidemia de Aids entre eles. O primeiro caso oficial de infecção por Aids entre as comunidades indígenas foi registrado em 1986, em Santa Catarina, e descobriu-se ter sido contraído através do contato de um índio com uma prostituta soropositiva. A análise desse caso demonstra as causas sociais da doença, evidenciando resultarem das relações do grupo com a sociedade envolvente (Wiik, 2001; Langdon & Rojas, 1991).

Há grandes dificuldades para se aferir exatamente quantos casos de Aids existem entre os indígenas. Falta uma rede adequada para identificação de doentes, e os índios, freqüentemente, têm pouca experiência com a doença (Langdon, 1997). No entanto, sabemos os caminhos de entrada: prostituição das moças indígenas, migração e visitas dos índios aos centros urbanos, presença de garimpeiros e obreiros nas áreas indígenas, práticas e valores sexuais diferentes, situação minoritária caracterizada por exploração e dominação, alcoolismo, entre outros (Leonardi, 2000).[3]

O aumento da Aids entre os povos indígenas reflete as tendências globais da epidemia. Noventa e cinco por cento dos casos se encontram entre a população pobre, marginalizada, discriminada e do terceiro mundo (Connors & McGrath, 1997).

Há também uma feminilização da epidemia, particularmente entre as mulheres pobres e socialmente marginalizadas. Pesquisas no Brasil citam como

[2] Unidade de Saúde e Meio Ambiente/UNIFESP/EPM. *Segundo Relatório de Consultoria em Saúde Indígena*, 1995, apud Santos et al. (1996:9).

[3] Alcoolismo tem sido reconhecido como um problema entre os povos indígenas há anos. Tradicionalmente, os homens foram considerados os mais aptos para abusar de álcool. Porém, pesquisas mais recentes indicam que as mulheres índias também têm problemas do abuso de álcool, e foram já registrados casos de síndrome fetal de álcool entre os Kaingáng, do Paraná (Oliveira, 2000).

causas desta pauperização fatores como desigualdade e preconceito de gênero, desigualdade e preconceito racial/origem étnica, interação com as demais infecções sexualmente transmissíveis e sua relação com a pobreza, padrões de assistência à saúde e HIV/Aids (Bastos & Szwarcwald, 2000). Apesar de os índios ainda não demonstrarem uma taxa de infecção igual às altas taxas das populações negras e pardas, sua vulnerabilidade ocorre também devido ao cruzamento dos mesmos fatores citados anteriormente e porque os casos de Aids entre os índios refletem a mesma feminilização. Segundo o diretor do Programa Nacional de DST/Aids para as populações indígenas, Ivo Britto:

> dos 39 casos confirmados no estado do Mato Grosso do Sul, 8 são de crianças portadoras de HIV/Aids, além do crescimento da epidemia entre as mulheres indígenas. Enquanto na população geral se têm 2 casos de Aids em homens para 1 caso em mulheres, na população indígena, em algumas regiões, temos 2 casos em mulheres, para 1 caso em homens. (Britto, apud Oliveira 2001:3)

Frente à ameaça de DST/Aids, é necessário um programa de prevenção que consiga transmitir o perigo dessas doenças entre as etnias diferentes. Para o êxito dos programas de prevenção, é imprescindível que haja conhecimento e respeito aos valores, às percepções e às práticas ligadas ao corpo, à sexualidade e à reprodução. Estudos antropológicos, tais como este sobre os Pankararu, têm demonstrado que as práticas sexuais e matrimoniais e a organização familiar variam radicalmente entre uma etnia e outra. Assuntos como ciúmes, fidelidade, casamento e valorização dos filhos não são fáceis de entender, e um programa sem sensibilidade intercultural corre o risco de falhar.

Respeito à cultura e aos saberes tradicionais

Nesta última parte de meus comentários, quero abordar a questão de serviços orientados para especificidades culturais que respeitem os saberes e as práticas tradicionais do grupo étnico. Os princípios da saúde indígena têm chamado a atenção, e o tema faz parte de toda a legislação sobre saúde indígena, desde 1991. Porém, é um assunto pouco aprofundado na provisão de serviços e entre as equipes de saúde, o que é particularmente marcante quando subestimamos o conhecimento da mulher sobre seu corpo e as práticas tradicionais de gravidez e parto.

Etnicidade e percepção do corpo e da doença

A pesquisa antropológica dos últimos anos tem demonstrado que as maneiras pelas quais percebemos e vivenciamos nossos corpos e suas doenças são construídas, em grande parte, pelos processos sociais e culturais, e não por processos biológicos. Alguns analistas sociais argumentam que o corpo é o conceito central para entender a relação entre o indivíduo e a sociedade (Lock & Scheper Hughes, 1990). Vários autores (Seeger, DaMatta & Viveiros de Castro, 1987; Turner, 1980; Viveiros de Castro, 1987; McCallum, 1998) têm explorado este tema entre as culturas indígenas. O corpo individual é transformado num corpo social via inúmeras dietas, ritos de passagem, tabus e enfeites corporais (pinturas corporais, cortes de cabelo, plumagens, ervas, roupas etc.). Além disso, as noções de reprodução e sexualidade são ligadas aos processos cíclicos encontrados na natureza e cosmologia, tais como os processos de vida e morte, mudanças das estações, transformação de energias etc. Qualquer programa de saúde orientado pelo princípio do respeito aos saberes e às práticas tradicionais precisa entender essas noções sobre a fabricação do corpo e a reprodução. Eles estão no centro do sistema de saúde tradicional. O estudo de Wiik (2001) sobre Aids entre os Xokleng demonstra que a sociedade e os agentes macroconjunturais externos também são intimamente interligados ao corpo e assim devem ser estudados.

Renato Athias destaca que sabemos pouco sobre essas noções do corpo e da doença e, particularmente, sobre os valores e as práticas ligadas à sexualidade, às relações de gênero e à reprodução. É necessário pesquisar os sistemas culturais de saúde e capacitar os profissionais para atuar em grupos etnicamente diferenciados. Athias também está correto ao afirmar que é preciso entender as relações de gênero e a organização da família para compreender melhor todas as questões relacionadas à saúde reprodutiva, e que se faz necessário ampliar o foco das políticas públicas, buscando formular os programas de educação e de saúde sob uma perspectiva de gênero.

A proposta da III Conferência Nacional de Saúde Indígena de priorizar a saúde da mulher, projetando sua participação junto aos serviços públicos como partícipe nas decisões que afetam sua própria saúde, é um passo importante. Mas, até recentemente, esta não havia sido uma preocupação nas políticas públicas que lidam com os índios.

Os estudos que examinam as relações de gênero em outras culturas demonstram que as desigualdades comuns nas sociedades européias não caracterizam necessariamente outras culturas. No entanto, programas de desenvolvimento ligados a grupos culturalmente diferenciados tendem a reproduzir as relações desiguais, tidas como naturais pela sociedade dominante.

Ignoradas como atores importantes nos processos sociais, é necessário entender como as mulheres participam ativamente das decisões da vida do grupo. Em princípio, os brancos procuram homens índios para estabelecer relações de mediação com as instituições brancas, ignorando a contribuição da mulher na vida social e política. Por exemplo, entre os índios Siona, da Colômbia, as mulheres são as detentoras dos saberes sobre plantas medicinais e são elas que ocupam um papel importante na colheita e administração destas plantas. Porém, quando uma ONG com boas intenções quis criar uma horta comunitária de remédios, a pesquisadora procurou um homem com conhecimento xamânico para a colheita e administração da horta, apesar de este não ser o papel social de um homem siona, nem mesmo dos xamãs. Na criação desse projeto, os saberes do resto da comunidade e, particularmente, os das mulheres foram ignorados.

Medicalização e saberes tradicionais

Em geral, essa tendência de ignorar o papel da mulher como especialista em saúde é generalizada nos programas brasileiros que lidam com índios. Quando existe uma preocupação com as especialistas nativas, considera-se o papel do xamã o mais relevante, com a idéia de que os serviços de biomedicina podem responder a todas as outras demandas.

A ignorância dos saberes tradicionais por parte das equipes médicas tem conseqüências bastante negativas quando examinamos a lacuna de conhecimento sobre o saber feminino do corpo e de como ela se organiza culturalmente para o parto. O que Renato Athias relata sobre os Pankararu pode ser generalizado para o resto do Brasil. Há uma crescente medicalização do parto, ou seja, uma propensão de se realizar partos em hospitais. Esta é uma tendência em todo o país, inclusive nas regiões onde havia parteiras (tradicionais e diplomadas) até pouco tempo atrás. A alta taxa de cesarianas no Brasil vem sendo uma preocupação das autoridades de saúde (Freitas, 1999).

O relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde fez as seguintes propostas, entre outras, para a saúde da mulher: priorizar o parto normal, reduzir a mortalidade materna destacando-se a garantia de acesso das mulheres a serviços de qualidade, e a defesa e regulamentação das parteiras tradicionais e das/os agentes comunitárias/os de saúde (Brasil, 2000). Porém, não conheço qualquer programa numa área indígena que vise beneficiar-se das práticas de parto e/ou das parteiras tradicionais e, simultaneamente, assegurar o acompanhamento da gravidez. Mesmo que existam alguns, há poucas tentativas por parte dos profissionais da saúde de considerar alternativas para os cuidados de parto.

A medicalização do parto faz parte de uma tendência maior, que é a do uso indiscriminado de medicamentos em geral. Silveira (2000) tem demonstrado que a postura médica frente aos casos de mulheres pobres sofrendo de 'nervos' é ligada a preconceitos de gênero. Sua análise das queixas de sintomas da 'doença de nervos' entre mulheres pobres na comunidade de Campeche, em Florianópolis, conclui que esses sintomas são mais bem conceituados quando discutidos sob os aspectos da sexualidade, da pobreza dos relacionamentos, da pobreza e da miséria materiais, das incapacidades e impossibilidades, dos desejos insatisfeitos, das dificuldades e da opressão (Silveira, 2000). Porém, os médicos nos postos de saúde exageram no uso de produtos comerciais contendo benzodiazepínicos, ou semelhantes, para livrar-se rapidamente de seus pacientes com queixas de 'nervos', doença também citada como comum entre os Pankararu. Segundo Silveira, a medicalização excessiva e o uso abusivo de medicamentos psicoativos, como os calmantes e hipnóticos, trazem graves riscos pessoais e sociais, relacionados às iniqüidades à saúde da mulher.

O uso de plantas e outras substâncias medicinais, e de curadores e benzedeiras, constatado entre os Pankararu, é característica da maior parte das populações indígenas. Porém, esses saberes tradicionais estão sendo ignorados e até dominados pela prática excessiva de receitar medicamentos nas áreas indígenas. Diehl (2001b) — numa das poucas pesquisas que avaliam o uso de medicamentos em postos de saúde, após a criação dos DSEI e do aumento recente de verbas para a saúde indígena — demonstra claramente que o maior acesso aos serviços básicos na área indígena de Chapecó (SC) resulta em um aumento da distribuição irracional de medicamentos. Uma outra pesquisa, demonstra que ainda existem especialistas em plantas entre os índios do mesmo grupo (Haverroth, 1997), mas que a equipe de saúde ignora estes saberes. Suas práticas de atenção continuam seguindo os mesmos padrões, apesar da especificidade étnica do grupo. As consultas são rápidas e resultam na receita de medicamentos.

A III Conferência Nacional de Saúde Indígena reconhece o abuso de medicamentos como preocupante. No capítulo dedicado à hipermedicação e às práticas tradicionais, as propostas abordam a garantia de alocação de recursos para viabilizar e incentivar as iniciativas que "visem o resgate, a valorização e o acesso aos Sistemas Tradicionais de Saúde Indígena" (Brasil, 2001 — proposta 117).

Considerações finais

Apesar de os índios estarem nesse momento recebendo destaque e financiamento especiais dentro das políticas públicas de saúde, Renato Athias aponta a existência de um descompasso entre os princípios das Conferências de Saúde e a ação na saúde indígena, a exemplo do que ocorre também em serviços de saúde orientados para outras minorias. Os princípios que fundamentam as políticas públicas de saúde indígena podem ser aplicados também para essas outras minorias. O tema central da 11ª Conferência Nacional de Saúde foi expresso no seu título, Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com Controle Social (Brasil, 2000). A legislação brasileira sobre saúde nos últimos anos se mostra de acordo com os Princípios sobre a Tolerância, aprovados pela Unesco em 1995. Especificamente, pode ser citado o artigo 1, que define tolerância como "o respeito, a aceitação e o apreço da riqueza e da diversidade das culturas" (Unesco, 1997:11), e o artigo 2, que declara a necessidade de o Estado aceitar e respeitar "o caráter multicultural da família humana" (Unesco, 1997:13). De interesse particular para todas as minorias é o artigo 3.3:

> medidas devem ser tomadas para assegurar a igualdade na dignidade e nos direitos dos indivíduos e dos grupos humanos em todo lugar onde isso seja necessário. Para tanto, *deve ser dada atenção especial aos grupos humanos vulneráveis social ou economicamente desfavorecidos, a fim de lhes assegurar a proteção das leis e regulamentos em vigor, sobretudo em matéria de moradia, de emprego e de saúde, de respeitar a autenticidade de sua cultura e de seus valores* (...). (Unesco, 1997:14, grifos nossos)

O Brasil é uma nação pluricultural, e sua Constituição reconhece isto. Porém, até agora, a legislação não tem garantido às diversas etnias o acesso pleno e, muito menos, a qualidade e a humanização dos serviços. A humanização (ou 'atenção diferenciada', como é designada pela legislação de saúde indígena) implica que a diversidade étnico-cultural do país deva ser respeitada em todas as suas dimensões, reforçando os seus direitos, incluindo aspectos como emprego, educação e saúde, entre outros. A política da saúde reprodutiva, objeto desta conferência, também deve preocupar-se com a qualidade e humanização da assistência em saúde.

Quanto à etnia e saúde reprodutiva, o trabalho de Renato Athias demonstra que ainda sabe-se pouco sobre o conhecimento e as práticas de saúde e sobre as relações de gênero das várias etnias no Brasil. Os profissionais da

saúde, em geral, continuam seguindo os mesmos moldes do passado, ignorando as especificidades culturais de seus pacientes, ignorando seus saberes e seus praticantes, e demonstrando pouco interesse real para pensar em uma prática médica interétnica e intercultural. São necessárias pesquisas sobre saúde reprodutiva entre os grupos étnicos e programas para os profissionais da saúde que os capacitem para trabalhar com a diversidade étnica e, em particular, para defender e garantir os direitos de saúde reprodutiva entre estes grupos.

Agradeço a Raul Longo pela primeira revisão deste texto.

Referências bibliográficas

ATHIAS, R. & MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: discursos antropológicos e médicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):425-431, 2001.

BASTOS, F. I. & SZWARCWALD, C. L. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Sup. 1):65-76, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *11ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final.* Brasília, 2000. Disponível em: <http//conselho.saude.gov.br/11c_relatorio.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena.* Brasília, 2001. Disponível em: <www.funasa.gov.br/ind/ind00.htm>.

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.* Brasília. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

CONNORS, M. M. & McGRATH, J. W. The known, unknown and unknowable in Aids Research in Anthropology. *Anthropology Newsletteri*, 38(3):1, 4-5, 1997.

DIELH, E. Agravos na saúde Kaingáng (terra indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2): 439-445, 2001a.

DIEHL, E. *Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil*, 2001b. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública.

FREITAS, P. F. *The Epidemic of Caesarean Sections in Brazil: factors influencing type of delivery in Florianópolis, South Brazil*, 1999. Tese de Doutorado, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.

HAVERROTH, M. *Kaingang: um estudo etnobotâncio — o uso e a classificação das plantas na área indígena Xapecó (oeste de SC)*, 1997. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFSC.

HÖKERBERG, Y. H. M.; DUCHIADE, M. P. & BARCELLOS, C. Organization and quality of health care for Kaingáng Indians in Rio Grande do Sul, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):261-272, 2001.

LANGDON, E. J. As relações entre saúde e cultura: implicações para as estratégias de prevenção de Aids. In: 1ª Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das Dst/Aids para as Populações Indígenas das Regiões Sul e Sudestes, e do Mato Grosso do Sul. *Anais...* Londrina: Coordenação Nacional de DST/ Aids/Programa Municipal para DST/Aids/ALIA, 1997. p 53-60.

LANGDON, E. J. & ROJAS, B. G. Saúde: um fator ignorado numa situação de mudança rápida — a situação da área indígena Ibirama (SC). *Boletim de Ciências Sociais*, 51(51):65-89, 1991.

LEONARDI, F. *Fronteiras Amazônicas do Brasil: saúde e história social.* Brasília/São Paulo: Marco Zero/Paralelo 15, 2000.

LOCK, M. & SCHEPER HUGHES, N. A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent. In: JOHNSON T. M. & SARGENT C. E. (Eds.) *Medical Anthropology: contemporary theory and method.* New York: Praeger Publications, 1990.

McCALLUM, C. O corpo que sabe: da epistemologia Kaxinawá para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras.* Rio de Janeiro: Relume Dumará/Fiocruz, 1998.

OLIVEIRA, M. *Os Efeitos Perversos do Álcool entre os Jê da Bacia do Rio Tibagi.* Trabalho apresentado no I Seminário sobre Saúde, Cultura em Doença, Londrina, 2000.

OLIVEIRA, M. *Uso de Bebidas Alcoólicas e Alcoolismo entre os Kaingáng da Bacia do Rio Tibagi: uma proposta de prevenção e intervenção.* Trabalho apresentado no GT/GT Estudos Interdisciplinares Jê do Sul, IV RAM, Curitiba, 11 e 14 nov. 2001.

RICARDO, C. A. "Os índios" e a sociodiversidade nativa contemporânea no Brasil. In: SILVA, A. L. (Org.) *A Temática Indígena na Escola.* Brasília: MEC/Mari/Unesco, 1995.

SANTOS, A. de L. dos et al. *Formação de Agentes Indígenas de Saúde: proposta de diretrizes.* Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996.

SEEGER, A.; DAMATTA, R. & VIVEIROS DE CASTRO, E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.) *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil.* Rio de Janeiro: UFRJ/Editora Marco Zero, 1987.

SILVEIRA, M. L. *O Nervo Cala, O Nervo Fala: a linguagem da doença.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

TURNER, T. Social skin. In: CERFAS, J. & WELIN, R. *Not Work Alone: a cross-cultural view of activities superflous to survival.* California: Sage Publications, 1980.

VERDUM, R. *Mapa da Fome Entre os Povos Indígenas no Brasil (II): uma contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar.* Brasília: INESC-PETI, 1995.

VIVEIROS DE CASTRO, E. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.) *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil.* Rio de Janeiro: UFRJ/Editora Marco Zero, 1987.

WIIK, F. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a Aids entre os índios Xokléng de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* 17(2):397-406, 2001.

UNESCO. *Princípios sobre a Tolerância.* São Paulo: USP/FLLCH, 1997.

UNIÃO DE NAÇÕES INDÍGENAS. Os povos indígenas e o direito à saúde. *Saúde em Debate*: 8-9, jan. 1988.

WERNER, D. W. Mudanças demográficas no posto indígena Ibirama. *Anais do Museu de Antropologia,* XV(16):24-34, 1983.

Parte IV SAÚDE REPRODUTIVA E POPULAÇÃO NEGRA

A RELAÇÃO ENTRE COR DA PELE/RAÇA E ESTERILIZAÇÃO NO BRASIL: ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA NACIONAL SOBRE DEMOGRAFIA E SAÚDE — 1996

André Junqueira Caetano

Introdução

A fecundidade brasileira iniciou uma tendência declinante, substancial e sustentada a partir de meados dos anos 1960. Na ausência de programas oficiais de planejamento familiar, a Taxa de Fecundidade Total (TFT) caiu de 6,2 filhos por mulher, em 1960, para 4,1, em 1980 (Merrick & Berquó, 1983). O ritmo do declínio se acelerou nos anos 1980 e na primeira metade da década de 1990. Em 1996, a TFT brasileira atingia 2,5 (Bemfam, 1997).

A queda da fecundidade brasileira nos últimos 40 anos é uma das maiores transformações sociais contemporâneas ocorridas no país e deriva, principalmente, do crescimento da demanda e do uso de métodos contraceptivos. As questões que surgem a partir destas mudanças são em que condições e como é exercido o controle da fecundidade em um país no qual a modernização econômica não foi acompanhada por um desenvolvimento político e social equivalente, ou, especificamente, qual é a realidade criada pela combinação de uma alta demanda por controle do número de filhos com baixos níveis de renda e serviços de saúde precários. Esta interseção tem implicações importantes, principalmente nas questões de saúde e políticas de saúde pública.

A forma como os mecanismos de controle da fecundidade se difundiram geográfica e socialmente definiu em larga medida o perfil da realidade reprodutiva atual no país. Com exceção da região Sul, onde predominava o uso da pílula em 1996, a esterilização cirúrgica feminina tem sido o principal veículo da queda da fecundidade no Brasil (Bemfam, 1997). A dependência de mulheres de baixa renda da esterilização — devido à pouca tradição contraceptiva, escassez de informações, ausência de opções alternativas e oferta problemática de outros métodos pelo setor público de saúde — é um tema recorrente na área da saúde reprodutiva desde as primeiras avaliações do Programa

Integrado de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM), implementado em 1986. Inúmeras questões com relação à prática contraceptiva da mulher brasileira, em especial das mulheres de baixa renda, continuam requerendo um exame mais aprofundado. Um destas questões diz respeito aos diferenciais por cor da pele/raça e a correlação com o acesso a métodos contraceptivos.

Os efeitos dos fatores raça sobre a prática contraceptiva se tornam mais árduos de serem examinados na medida em que determinantes locacionais e regionais têm forte influência sobre o acesso aos métodos — quanto mais na periferia urbana ou rural e quanto mais pobre, maiores as barreiras à existência de opções à esterilização e a uma prática contraceptiva satisfatória. Um exemplo disto é o fato de que a esterilização foi incorporada como um evento normal de encerramento da vida reprodutiva antes da menopausa (Berquó, 1999). Em um contexto de pobreza crônica, um grande número de mulheres utiliza os meios possíveis para obter a cirurgia, como a troca de votos por laqueaduras e o pagamento 'por fora'.

A questão geral que perpassa a situação das mulheres de baixa renda — e dentro deste subgrupo, da população negra (mulheres pretas e pardas) — é saber em que medida este numeroso segmento da população brasileira está abandonado à própria sorte em termos de controle da fecundidade e quais são as conseqüências deste abandono. Em que contexto de oferta as mulheres decidem por um determinado método e como elas concretizam esta decisão? Parte da resposta para esta pergunta emerge nos diferenciais por raça/cor no uso dos diferentes métodos contraceptivos, controlando-se por fatores socioeconômicos.

Vários estudos examinaram a relação entre esterilização feminina e raça/cor, amiúde a partir da perspectiva de um plano de 'esterilização em massa', indicando uma fraca associação entre ambas e uma improvável existência de tal plano. Esta associação tem sido objeto de debate e é ela o tema central deste trabalho. Nele, abordo esta questão tendo como hipótese uma discriminação implícita, ou seja, na medida em que a prática da esterilização se difundiu de cima para baixo através dos estratos socioeconômicos, a população feminina negra, que tende a ter menos opções efetivas de contracepção se comparada ao grupo de mulheres brancas, foi a mais afetada.

A relação entre esterilização feminina e diferenciais por raça está diretamente ligada a questões metodológicas de como melhor capturar as tênues distinções de cor de pele no Brasil. A fim de mitigar este problema — sem, contudo, eliminá-lo, esclareça-se — três classificações de cor diferentes são utilizadas neste trabalho — autoclassificação, classificação do entrevistador e classificação consistente (quando as duas primeiras coincidem) — para exami-

nar e comparar eventuais diferenças entre brancas, pardas e pretas. Em síntese, os objetivos deste trabalho são investigar se existem diferenças estatisticamente significantes na prática da laqueadura tubária por raça/cor e se as classificações alternativas desta variável alteram os seus efeitos. Para atingir tais objetivos, são analisados os dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, utilizando-se modelos de análise de sobrevivência.

Os resultados indicam que o risco de esterilização é maior para as pardas, quando comparadas às brancas. Com relação às mulheres pretas, elas apresentam riscos menores se comparadas às brancas, mas este efeito é estatisticamente significante apenas quando se usa a classificação 'consistente'. As possíveis explicações — que dizem respeito a diferentes condições de acesso a serviços de saúde reprodutiva para cada grupo de raça/cor — para tais resultados são discutidas na última seção deste trabalho.

A seguir, são apresentados os principais fatos da difusão da esterilização feminina no país com, o objetivo de estabelecer o contexto no qual o fenômeno ocorre. A terceira seção traz os principais estudos que se debruçaram sobre a relação entre esterilização e raça/cor no Brasil. As questões metodológicas relativas à classificação por cor são discutidas na quarta seção. Por fim, são discutidos os métodos e os resultados.

Principais fatos sobre a difusão da esterilização no Brasil

Durante os anos 1980, os processos de democratização e descentralização, no Brasil, foram acompanhados pelo crescimento dos movimentos sociais e das demandas populares, levando, no campo da saúde reprodutiva, à proposição e implementação do PAISM (Ávila, 1993), que previa, dentre outros serviços, a oferta de todo o leque de métodos contraceptivos, assim como informação, aconselhamento sobre o mais apropriado em cada caso e o devido acompanhamento médico. Entrementes, a demanda por contracepção continuou crescendo. Os dados da PNDS 1996 indicam que a esterilização feminina e a pílula tornaram-se a espinha dorsal do controle do número de filhos no Brasil. Em 1996, 40,1% das mulheres casadas ou em união consensual com idade entre 15 e 49 anos estavam esterilizadas. Em 1986, eram 28,2%. O uso da pílula caiu de 26,5%, em 1986, para 20,7%, dez anos depois, mais do que dobrando a razão de esterilizadas sobre o uso de pílula: de 0,95, em 1986, para 1,94, em 1996.

Com relação à efetuação do ato cirúrgico necessário para a realização da esterilização feminina, é importante ressaltar que a maior proporção das liga-

ções de trompa realizadas entre 1987 e 1996 ocorreu em hospitais do sistema público de saúde e foram pagas pelas pacientes, com exceção da região Nordeste. Ou seja, um ato cirúrgico indefinido legalmente — apenas em 1997 a esterilização feminina e masculina foi regulamentada em lei federal — e não remunerado pelo governo ocorria principalmente em hospitais filiados ao sistema público, sendo, muitas vezes, cobrado à parte pelos médicos. De fato, 25% das esterilizações deste período foram feitas em hospitais vinculados ao sistema público e foram pagas pelas pacientes — evidenciando a prática da remuneração 'por fora'. A contribuição de hospitais privados foi de 22% no país.[1] As laqueaduras gratuitas se concentraram no Nordeste e nas regiões mais empobrecidas, ao passo que as cirurgias pagas aconteceram, em sua maioria, na região Sudeste.

Assim, no processo de difusão da esterilização feminina no Brasil, é preciso levar em conta as diferenças socioeconômicas e regionais que são, por sua vez, influenciadas pela forma como o sistema público de saúde financia os procedimentos médicos e cirúrgicos. No Nordeste, o perfil da esterilização, na forma como evoluiu a partir do início dos anos 1980, é caracterizado por uma maior proporção de esterilizações não associadas a um parto cesáreo, realizadas em hospitais afiliados ao sistema público de saúde e gratuitamente providenciadas por políticos e médicos (Caetano, 2000).[2] Em áreas de maior renda, as esterilizações têm maior probabilidade de serem feitas durante uma cesariana e de serem pagas pela paciente.

A prática crescente da esterilização em geral e, em particular, entre mulheres de baixa renda, a partir do final dos anos 1980, chamou a atenção de pesquisadores e ativistas sociais, os quais passaram a investigar mais detidamente as causas e os mecanismos determinantes deste fenômeno. As análises, em geral, enfatizavam duas dimensões. Algumas se debruçaram sobre o processo de 'medicalização' da sociedade brasileira, através do qual os médicos pas-

---

[1] Metade de todas as esterilizações no período foi feita de graça em hospitais conveniados ao sistema público de saúde e 3% foram realizadas de graça em hospitais particulares (PNDS 1996).

[2] Políticos e médicos têm interesse eleitoral na provisão de laqueaduras gratuitas. Entretanto, como explicitado na introdução deste trabalho, não está em seu escopo discutir a intermediação política na oferta da laqueadura, nem a participação dos médicos neste fenômeno. Isto requer um espaço mais amplo para que se analise de forma mais aprofundada o sistema político-partidário brasileiro e o papel do clientelismo local neste contexto. Para uma discussão mais rigorosa sobre o tema, veja Caetano, A. J. Fertility transition and the diffusion of female sterilization in northeastern Brazil: the roles of medicine and politics. In: XXIV GENERAL POPULATION CONFERENCE, 2001, Salvador. Disponível em <www.iussp.org/Brazil2001/programme.php>.

saram a ter um papel crucial na vida cotidiana da população, influenciando percepções, normas e comportamentos, configurando-se, assim, como agentes decisivos na disseminação da preferência pela contracepção cirúrgica em um contexto de escassas opções contraceptivas, que não a pílula e o aborto, para a população de baixa renda. Outras análises identificaram um esforço organizado por agentes privados nacionais, financiados por agências internacionais de cooperação, com o objetivo de facilitar e difundir a ligação de trompa entre a população de baixa renda brasileira, enquanto o governo se mantinha ausente e omisso com relação às questões da saúde reprodutiva.

Havia também uma marcante preocupação com a esterilização eugênica, mais acentuada, obviamente, no seio do Movimento Negro. No início dos anos 1990, organizações e ativistas deste movimento passaram a denunciar o controle da natalidade de caráter racial levado a cabo por agências de planejamento familiar no Brasil (Geledés, 1991). No Rio de Janeiro, o Movimento Negro e o Centro de Articulação de Populações Marginalizadas (CEAP) criaram, em 1990, um fórum permanente de debate para denunciar uma suposta estratégia eugênica e racista por trás da esterilização em massa de mulheres pobres (Rio de Janeiro, Assembléia Legislativa, 1991). Em face da progressiva disseminação desta cirurgia, crescia a suspeita de que as mulheres estavam, na verdade, sendo coagidas a se esterilizarem. Como resultado, vários estados constituíram comissões parlamentares de inquérito (CPI) para determinar a real dimensão da esterilização em massa e identificar responsáveis (Goiás, Assembléia Legislativa, 1992; Pernambuco, Assembléia Legislativa, 1992; Rio de Janeiro, Assembléia Legislativa, 1991).

Em 1992, o Congresso Nacional também lançou uma CPI para investigar o fenômeno. O exame de motivações eugênicas por trás da disseminação de ligações tubárias, a participação de interesses estrangeiros, a efetiva oferta de outras opções contraceptivas para as camadas de baixa renda e o estágio real de implementação do PAISM estavam entre os nove itens da lista de temas que a comissão nacional deveria averiguar. O relatório final desta CPI foi publicado em 1993. A respeito da oferta de métodos contraceptivos, as conclusões coincidiram com as investigações estaduais, ou seja, para as camadas pobres não havia, de fato, alternativas que não a laqueadura, a pílula e o aborto. Especificamente sobre o PAISM, concluiu-se que, naquele momento, o Programa ainda não passava de mera aspiração, inexistindo para a maioria da população (Congresso Nacional, 1993: 116). Para melhorar a situação, o relatório da CPI do Congresso Nacional recomendou, entre outras medidas, a efetiva implementação do PAISM e a auditoria e fiscalização do sistema público de hospitais para controlar a prática da esterilização feminina.

O debate e as investigações alimentaram um esforço maior no sentido de legalizar a cirurgia de ligação de trompas (e a vasectomia) e incorporá-la como procedimento reembolsável pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este esforço culminou na aprovação da lei federal nº 9.263, baseada na proposta da CPI nacional, sancionada pelo Congresso Nacional em agosto de 1997. Em novembro de 1997, o Ministério da Saúde regulamentou a implementação dos serviços de esterilização no SUS, tornando-a remunerada pelo governo. Esta legislação deu às autoridades estaduais e municipais de saúde, dependendo das prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, a incumbência de credenciar hospitais, com serviços de esterilização de acordo com os requisitos da lei, a realizar a cirurgia. Hospitais credenciados são as únicas unidades que podem receber pagamento do SUS por esterilizações. As secretarias estaduais e municipais de saúde também ficaram incumbidas de fiscalizar o cumprimento da lei nesses hospitais (Ministério da Saúde, 1997). As primeiras avaliações da lei sancionada em 1997 sugerem que ela teve efeito limitado sobre as formas e a magnitude da oferta (Luiz & Citeli, 2000).

Os principais estudos

A relação entre fecundidade, esterilização feminina e raça/cor da pele foi objeto de vários estudos no Brasil. Bercovich (1989), analisando os dados do censo demográfico de 1980, e controlando por fatores socioeconômicos e características educacionais, encontrou uma diferença entre as taxas de fecundidade maritais pela raça/cor de cada membro do casal. De acordo com a autora, este resultado indica a influência desta variável como um fator independente sobre a fecundidade.

Especificamente com relação à esterilização, Berquó (1994), avaliando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1986, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), encontrou uma maior proporção de mulheres esterilizadas entre as brancas do que entre as negras em São Paulo, controlando pelo número de anos de estudo. Análises dos dados da Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste, de 1991, e da Pesquisa sobre a Saúde Reprodutiva da População Negra (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento — Cebrap), realizada no município de São Paulo, em 1992, não identificaram diferenças significantes na prevalência de ligações tubárias entre mulheres brancas e negras (pardas e pretas). No Nordeste, 38% das mulheres negras em idade reprodutiva estavam esterilizadas, ao passo que este número era de 37% entre as brancas. Em São Paulo, as percentagens eram de 28% para as negras e 27% para as brancas (Ber-

quó, 1993). Além disso, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos, controlando-se por educação e renda mensal.

Usando dados da PNDS 1996, Berquó (1999) discute a concentração da contracepção na esterilização e na pílula, enfatizando que este fenômeno é nitidamente mais acentuado no seio da população negra. A proporção de mulheres negras laqueadas aumentou, quando comparada à proporção de brancas, tanto em áreas urbanas quanto rurais. Ademais, as negras apresentavam uma maior proporção de laqueadas nos segmentos com maior grau de escolaridade, em relação ao mesmo segmento de mulheres brancas. Entre as mulheres com menos anos de estudo, não foram encontradas diferenças substanciais.

Cavenaghi (1997) realizou um estudo metodologicamente rigoroso sobre a associação entre esterilização e raça/cor. Partindo da hipótese da existência de um plano de 'esterilização em massa' e usando dados da PNAD 1986, que utiliza a autoclassificação para a informação sobre cor da pele, e da Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste, 1991, a qual emprega a classificação do entrevistador, a autora implementou modelos logísticos e de sobrevivência para testar a existência de diferenças na chance de esterilização entre mulheres brancas, pardas e pretas, quando outras variáveis intervenientes são mantidas constantes. Cavenaghi fez uso de duas medidas diferentes de exposição ao evento em sua análise de sobrevivência. Quando examina os dados da PNAD 1986, ela principia o período de exposição no 15º aniversário da entrevistada. Quando analisa os dados da PNDS 1991, a duração se inicia no nascimento do primeiro filho. Os modelos de sobrevivência e logísticos não mostraram diferenças significantes por cor da pele, nem para os dados da PNAD 1986 nem para os da PNDS 1991. Entretanto, a autora encontrou que mulheres pardas e pretas são menos prováveis de usar métodos contraceptivos, quando comparadas às brancas.

Os dados e a classificação por cor da pele

As principais fontes de dados sobre raça/cor da pele no Brasil são os censos demográficos e as PNADs. A classificação por raça/cor nos censos brasileiros e nas PNADs é baseada na autoclassificação, com opções de resposta pré-codificadas (branco, pardo, preto, amarelo e indígena). São raras as pesquisas amostrais com representatividade nacional que usam ambos os tipos de classificação (autoclassificação e classificação do entrevistador), uma delas sendo a PNDS 1996. Esta pesquisa entrevistou 12.612 mulheres entre 15 e 49 anos. A Tabela 1 apresenta a distribuição percentual deste total de mulheres de acordo com a autoclassificação de cor da pele, segundo a classificação do entrevistador.

Tabela 1

Distribuição percentual de mulheres com 15-49 anos segundo a autoclassificação da raça/cor, pela classificação do entrevistador. Brasil, 1996

Classificação do entrevistador	Autoclassificação				Total (coluna)	Total (n)
	Brancas	Pardas	Pretas	Total		
Brancas	88,6	11,4	0,0	100	44,0	5.508
Pardas	7,2	91,1	1,8	100	51,3	6.422
Pretas	0,1	37,5	62,4	100	4,8	596
Total	42,6	53,5	3,9	100	100	12.527

Fonte: PNDS, 1996.

De acordo com a tabela acima, a mudança líquida total entre esses dois tipos de classificação é de 2,2%. Há menos mulheres pardas quando a classificação do entrevistador é utilizada (51,3%), se comparada com a autoclassificação (53,5%). De fato, 0,9% daquelas mulheres classificadas como pretas pelo entrevistador se autoclassificaram como pardas, ao passo que os entrevistadores classificaram como pardas 1,3% das entrevistadas que se autoclassificaram como brancas.

As primeiras três linhas da Tabela 1 indicam que as inconsistências na classificação são maiores quando comparadas às mudanças líquidas que aparecem nos totais marginais. Entre aquelas classificadas como brancas, 11,4% se autoclassificaram como pardas. Entre as classificadas como pretas, 37,5% se classificaram como pardas. A mudança da classificação do entrevistador como parda para autoclassificação como branca também é significativa (7,2%).

A respeito destes movimentos, dependendo do tipo de classificação utilizada, Silva (1999) argumenta que a avaliação sobre raça/cor no Brasil é influenciada pela condição socioeconômica do entrevistador e do entrevistado. Dado um determinado fenótipo, quanto melhor a aparente posição socioeconômica do entrevistado, maior a tendência do entrevistador em classificá-lo em uma categoria 'mais clara', e vice-versa. As principais diferenças advindas da classificação do entrevistador e a do entrevistado seriam de que este último tende a se 'clarear' na medida em que sua condição socioeconômica seja melhor e a se 'escurecer' na medida em que sua condição seja pior (Sansone,

1992). Por outro lado, a autoclassificação tende a refletir, também, a identidade do indivíduo com uma posição social e um posicionamento cultural específicos. Já o entrevistador tende a definir a sua classificação baseado nas indicações visíveis de *status* socioeconômico (Telles & Lim, 1998).

A partir do pressuposto de que a discriminação pode ser tomada como um fenômeno exógeno que depende da forma como o discriminador classifica racialmente o discriminado, Telles & Lim (1998) discutem que a medida mais apropriada de raça/cor deveria se basear na classificação do outro. Pelo menos para se analisar discriminação no mercado de trabalho e diferenças de renda, o importante seria a forma como, por exemplo, o empregador classifica o empregado ou o candidato a empregado, e não como este se identifica em termos de raça/cor.

Na Tabela 1, observamos os efeitos da autoclassificação, mantendo-se constante a classificação do entrevistador. O oposto pode ser observado na Tabela 2. Enquanto 8,6% das mulheres se classificaram como brancas e o entrevistador as classificou como pardas, 9,4% das autoclassificadas como pardas foram classificadas pelo entrevistador como brancas. Estas duas mudanças quase que se anulam. Entre as mulheres que se classificaram como pretas, os entrevistadores identificaram 23,4% como pardas. Esta mudança é menor do que a que ocorre quando se usa a autoclassificação (37,5%).

Tabela 2

Distribuição percentual de mulheres entre 15 e 49 anos segundo a classificação de raça/cor do entrevistador, por autoclassificação. Brasil, 1996

Classificação do entrevistador	Autoclassificação			
	Brancas	Pardas	Pretas	**Total**
Brancas	91,4	9,4	0,1	44,0
Pardas	8,6	87,3	23,4	51,3
Pretas	0,0	3,3	76,5	4,8
Total	100	100	100	100
	(n = 5.341)	(n = 6.700)	(n = 486)	(n = 12.527)

Fonte: PNDS, 1996.

Estas tendências, na verdade, refletem variações específicas resultantes de uma tipologia que combina raça/cor, *status* socioeconômico e posicionamento cultural. A questão, então, é decidir qual variável oferece a melhor representação da difusa realidade racial brasileira. As mudanças líquidas entre as células, quando se mantém constante a classificação do entrevistador, parecem ser maiores do que as mudanças líquidas quando se mantém invariável a autoclassificação. Entretanto, não é possível determinar se a tendência de 'clareamento' de preto para pardo na classificação do entrevistador coloca as entrevistadas mais próximas daquelas mulheres consistentemente classificadas como pardas (aquelas classificadas como pardas nos dois métodos) ou se o 'clareamento' causado pela autoclassificação é mais 'realista'.

De qualquer maneira, o uso de uma ou de outra classificação provoca mudanças em direções diferentes. Portanto, diante destas mudanças, e para efeitos de comparação, utiliza-se, nesta análise, as três formas que os dados permitem — autoclassificação, classificação do entrevistador e classificação consistente (quando as duas primeiras coincidem).

Métodos

A análise de diferenças no risco (*hazard*) de esterilização entre os grupos de mulheres brancas, pardas e pretas é realizada por meio de modelos de sobrevivência que examinam a ocorrência e o momento da ocorrência da cirurgia de esterilização, com o objetivo de estimar o efeito preditivo de variáveis escolhidas sobre o risco do evento. Para variáveis dicotômicas, isto é, aquelas que assumem valor 1, indicando a presença da característica de interesse (por exemplo, sexo masculino), e valor 0, indicando a ausência desta característica (sexo feminino), a razão de risco [$\exp(\beta)$] representa o risco estimado para a categoria com o valor 1 em relação ao risco estimado para a categoria com o valor 0, ou seja, a categoria de referência, controlando-se por outras variáveis intervenientes. Um coeficiente β negativo produz uma razão de risco menor que 1, denotando que o risco de uma determinada categoria é menor do que o da categoria de referência (de valor 0) e vice-versa. Para variáveis contínuas, o coeficiente β indica a mudança no risco para a mudança de uma unidade da variável em questão (Allison, 1995).

Foram estimados modelos de regressão de *Cox*, usando o método robusto de estimação da matriz de covariância, pressupondo-se que a heterogeneidade não observada é independente entre as observações. O objetivo não é selecionar o melhor modelo nem estudar a dependência do risco ao tempo, mas

tão-somente avaliar o efeito de variáveis específicas sobre o risco de esterilização (Allison, 1995).

Foram usadas três medidas de duração para o intervalo entre o início da observação até o evento ou a censura. No primeiro modelo, considerou-se qualquer mulher sob o risco de esterilização a partir de seu 15º aniversário. No segundo modelo, considerou-se o primeiro filho vivo como o ponto de início da exposição ao risco de laqueadura. Finalmente, no terceiro modelo, empregou-se o segundo nascimento vivo como o princípio do período de exposição ao evento. Somente mulheres com pelo menos um nascimento vivo foram incluídas na análise.

O segundo modelo pode se tomado como o mais apropriado para avaliar o papel do fator raça/cor sobre o risco de esterilização. A maioria das mulheres que têm a laqueadura como método contraceptivo preferencial, ou potencial, tendem a ponderar sobre a sua realização após o nascimento do primeiro filho. Em muitos casos, a mulher engravida do segundo filho para chegar ao seu número ideal de filhos e conseguir a esterilização (Caetano, 2000). De acordo com a PNDS 1996, 19,5% das mulheres esterilizadas no Brasil foram operadas durante ou logo após o nascimento do segundo filho; e 27,7%, durante ou logo após o nascimento do terceiro. Conseqüentemente, a medida de duração do terceiro modelo pode não refletir processos, influências e eventos ocorridos durante o período no qual a mulher considerava, decidia e procurava obter a cirurgia, e, portanto, tende a perder significado. Da mesma forma, a medida de duração do primeiro modelo pode incluir fatores não relacionados ao processo de tomada de decisão e obtenção da cirurgia. Os modelos 1 e 3 são mantidos para efeito de comparação.

Foram selecionadas variáveis independentes que representem controles para diferenças regionais, socioeconômicas e demográficas. Com relação às macrorregiões, elas foram divididas em Centro-Leste (Minas Gerais e Espírito Santo), Centro-Oeste e Norte e Nordeste. A região Sul e os estados do Rio de Janeiro e de São Paulo foram agrupados configuram a categoria de referência. Esta agregação objetivou o uso de uma regionalização a mais próxima possível da regionalização obtida através do uso do Índice de Desenvolvimento Humano para o Brasil (Nações Unidas, 1998).

Os principais fatores individuais influenciando o risco de esterilização utilizados no modelo são a condição marital da entrevistada (se já esteve em uma união em algum momento de sua vida), a idade ao primeiro filho e a parturição. Situação de residência (se urbana ou rural), número de anos de estudo, presença de eletricidade e de TV no domicílio são as variáveis indicativas da condição socioeconômica. Com relação à cor da pele, o grupo de referên-

cia utilizado é o de mulheres brancas. Foram incluídos três termos de interação para controlar os efeitos conjuntos de raça com escolaridade e parturição, e de escolaridade com parturição.

Cada modelo foi rodado três vezes, cada uma delas utilizando uma das três formas de classificação de raça/cor da pele. O primeiro (Tabela 3) utiliza a variável de raça/cor obtida via autoclassificação; o segundo (não apresentado), a classificação do entrevistador; e o terceiro (não apresentado), a classificação consistente, tendo como referência o grupo de autoclassificação branca e classificação pelo entrevistador também como cor branca. Os grupos de combinações de cor 'inconsistentes' não foram incluídos nos modelos que utilizam este tipo de classificação. Mulheres indígenas e de origem asiática não estão incluídas na análise e não são levados em conta possíveis efeitos hierárquicos. Riscos competitivos em relação ao uso de outros métodos contraceptivos que não a esterilização não estão incorporados nos modelos.

Resultados

A Tabela 3, a seguir, apresenta os resultados dos modelos de risco que ajustam o momento (*timing*) da esterilização, empregando-se a variável de raça/cor via autoclassificação. Estão em negrito apenas as variáveis de interesse, quais sejam, as referentes à cor da pele. A discussão é feita apenas a respeito destas variáveis, uma vez que o objetivo da análise é especificamente o efeito delas.

Com respeito à variável raça/cor, o risco de esterilização é 44% superior para as mulheres pardas se comparadas às mulheres brancas, no modelo 1, e 35% superior, no modelo 2. Ambos os efeitos são estatisticamente significantes a 1%. A autoclassificação como parda não acarreta diferença significativa no modelo 3. O efeito da autoclassificação como preta, em comparação com brancas, não é estatisticamente significante nos modelos 1 e 2. No entanto, esta variável se torna significante, com menor risco de esterilização em relação ao das mulheres que se classificaram como brancas, no modelo 3. Pode-se, neste caso, aventar a possibilidade de que esta diferença entre as mulheres que se classificaram como pretas esteja relacionada a dificuldades de acesso a meios contraceptivos, inclusive à esterilização cirúrgica, maiores para as primeiras, se comparadas a brancas e pardas.

De posse dos resultados dos modelos que empregaram a autoclassificação de raça/cor, podemos compará-los aos coeficientes das variáveis de raça/cor dos modelos que empregaram a classificação do entrevistador e a classificação consistente (Tabela 4). Os coeficientes das demais variáveis, bem como as respectivas significâncias estatísticas, não apresentam diferenças substanciais

Tabela 3

Razões de risco de esterilização feminina ajustadas pelos modelos de regressão de Cox para mulheres entre 15 e 49 anos com pelo menos um nascido vivo, autoclassificação de raça/cor. Brasil, 1996

Variáveis	Modelo 1 desde 15 anos		Modelo2 desde 1º nascim.		Modelo 3 desde 2º nascim.	
	Razão de risco	P valor	Razão de risco	P valor	Razão de risco	P valor
Domicílio rural (referência)	1,00	—	1,00	—	1,00	—
Domicílio urbano	1,02	0,623	1,05	0,298	1,07	0,1694
Região Sul/São Paulo/Rio (ref.)	1,00	—	1,00	—	1,00	—
Região Centro-Leste (MG/ES)	1,35***	<0,0001	1,32***	<0,0001	1,26***	0,0005
Regiões Centro-Oeste e Norte	2,14***	<0,0001	2,04***	<0,0001	1,93**	<0,0001
Região Nordeste	1,68***	<0,0001	1,63***	<0,0001	1,60***	<0,0001
Nunca unida (ref.)	1,00	—	1,00	—	1,00	—
Alguma vez unida	3,86***	<0,0001	3,69	<0,0001	2,04***	0,001
Idade ao primeiro filho	0,91***	<0,0001	1,02***	0,0001	1,02***	0,0001
Parturição	0,89***	<0,0001	0,92	<0,0001	0,85***	<0,0001
Anos de estudo	0,95***	<0,0001	0,97***	0,001	1,02	0,1754
Domicílio sem eletricidade (ref.)	1,00	—	1,00	—	1,00	—
Domicílio com eletricidade	1,00	0,945	1,01	0,795	1,05	0,2918
Domicílio sem TV (ref.)	1,00	—	1,00	—	1,00	—
Domicílio com TV	1,04	0,189	1,06*	0,054	1,04	0,2425
Branca (autoclassificação) (ref.)	1,00	—	1,00	—	1,00	—
Parda (autoclassificação)	1,44***	0,001	1,35***	0,006	1,00	0,981
Preta (autoclassificação)	0,89	0,710	0,81	0,478	0,54*	0,059
Interação educação-parda	0,99	0,206	0,99	0,384	1,01	0,161
Interação eduação-preta	1,02	0,621	1,03	0,444	1,06*	0,088
Interação parturição-parda	0,92***	<0,0001	0,93***	<0,0001	0,98	0,485
Interação parturição-preta	0,97	0,520	0,98	0,706	1,05	0,256
Interação educação-parturição	1,03***	<0,0001	1,02***	<0,0001	1,003	0,369

* Significante a 10% ; ** Significante a 5%; *** Significante a 1%.
Modelo 1: Razão de máxima verossimilhança = 1176,07, 17 DF, Pr<,0001;
Modelo 2: Razão de máxima verossimilhança = 594,51, 17 DF, Pr<,0001;
Modelo 3: Razão de máxima verossimilhança = 829,29, 17 DF, Pr<,0001.
O número de observações nos modelos 1 e 2 é 8.348, e 6.423 no modelo 3.

em relação aos resultados encontrados nos modelos que utilizaram a variável de raça/cor por autoclassificação. Os modelos 1 e 2 mantêm a mesma significância e dimensão dos efeitos para todos os tipos de classificação. No modelo 3, o efeito da variável parda é praticamente nulo, ao passo que o efeito da variável preta é significante na autoclassificação e na classificação consistente, apresentando sempre um risco de esterilização substancialmente menor que o das brancas.

Tabela 4

Razão de risco por raça/cor segundo o tipo de classificação e o modelo, mulheres de 15 a 49 anos com pelo menos um nascido vivo. Brasil, 1996

Modelo	Autoclassificação		Classificação do entrevistador		Classificação consistente	
	Parda	Preta	Parda	Preta	Parda	Preta
Modelo 1: desde 15 anos	1,44***	0,89	1,33**	0,76	1,28**	0,58*
Modelo 2: desde 1º nascim.	1,35***	0,81	1,26**	0,76	1,21*	0,55*
Modelo 3: desde 2º nascim.	1,00	0,54*	0,98	0,67	0,95	0,48*

* Significante a 10%; ** Significante a 5%; *** Significante a 1%.

Discussão

O objetivo central deste trabalho foi examinar o efeito diferencial das diversas categorias da variável raça/cor, segundo as diferentes formas de captação desta informação, sobre o risco de esterilização. Os resultados indicam que as mulheres pardas têm risco estatisticamente significante e superior ao das mulheres brancas, independente da forma de obtenção da informação sobre raça/cor e controlando-se por fatores regionais, demográficos e socioeconômicos. As mulheres pretas, por sua vez, apresentam risco de esterilização estatisticamente significante e menor do que o das brancas quando se utiliza a classificação de cor 'consistente', o que pode estar indicando obstáculos e dificuldades de acesso, por parte deste grupo de mulheres, até mesmo à esterilização.

Como é o caso no mercado de trabalho e nas oportunidades educacionais, a população negra enfrenta sérias desvantagens e dificuldades também no

campo da saúde reprodutiva. A maior parte da população negra se concentra nos estratos de baixa renda e, conseqüentemente, depende maciçamente do sistema público de atendimento básico e hospitalar. Neste, os serviços voltados para a saúde da mulher, em geral, e a oferta dos diversos métodos contraceptivos, em particular, são precários. No entanto, a esterilização cirúrgica feminina, e seus custos médicos e hospitalares, podem ser cobertos por outros procedimentos, tais como a cesariana e a colpoperineoplastia — permitindo, inclusive, a cobrança 'por fora'. Foi este sistema alternativo de oferta que colocou a esterilização ao alcance das mulheres dos estratos socioeconômicos inferiores, ou seja, a vasta maioria da população negra. Como pode ser observado na Tabela 5, a seguir, a maioria das ligações de trompa ocorridas entre as mulheres negras até 1996 foram obtidas gratuitamente, sendo que a população feminina preta foi a que mais dependeu de políticos e médicos para obter a operação.

Tabela 5

Distribuição percentual de mulheres entre 15 e 49 anos esterilizadas segundo a autoclassificação de cor/raça, por quem pagou/arranjou a laqueadura. Brasil, 1996*

Raça/Cor	Entrevistada	Político	Médico	Outro	Total
Branca	63,7	4,1	29,4	2,8	100
Parda	46,0	10,6	39,2	4,2	100
Preta	41,2	13,1	43,0	2,7	100
Total	52,9	8,1	35,4	3,6	100

* As distribuições percentuais encontradas utilizando-se a classificação do entrevistador e classificação de cor 'consistente' não alteram o padrão observado nesta tabela.
Fonte: PNDS 1996.

É possível que as mulheres pardas, comparadas às brancas e pretas, tenham menos a acesso a outros métodos contraceptivos, porém mais recursos econômicos para obter a esterilização, assumindo uma posição intermediária entre brancas e pretas menos dependente de mecanismos baseados em conexões com médicos e políticos. As mulheres pretas, por sua vez, quando comparadas com as brancas e pardas, teriam menos acesso e menos recursos, em geral, precisando recorrer com mais freqüência a estes esquemas para obter a es-

terilização. Como pode ser observado na Tabela 6, entre as mulheres com pelo menos um nascimento vivo, as brancas apresentam o menor percentual de não uso de método contraceptivo e são as mais prováveis de estarem usando a pílula ou outro método moderno. Já as pardas têm a maior proporção de mulheres esterilizadas, ao passo que as pretas têm a maior chance de não estarem fazendo uso de qualquer método contraceptivo.[3]

Tabela 6

Distribuição percentual da prevalência de métodos anticoncepcionais entre mulheres de 15 a 49 anos de idade com pelo menos um filho nascido vivo, segundo a autoclassificação de cor/raça. Brasil, 1996*

Raça/Cor	Esterilização feminina	Pílula	Métodos modernos	Métodos comportamentais	Nenhum	Total
Branca	39,2	21,2	11,6	6,8	21,2	100
Parda	42,8	17,2	7,1	4,9	28,0	100
Preta	35,4	18,2	9,0	3,8	33,6	100
Total	41,0	18,9	9,1	5,6	25,4	100

* As distribuições percentuais encontradas utilizando-se a classificação do entrevistador e classificação de cor 'consistente' não alteram o padrão observado nesta tabela.
Fonte dos dados: PNDS 1996.

O fato é que a esterilização cirúrgica feminina, disponibilizada através de mecanismos de oferta gratuita, veio suprir uma lacuna para um grande contingente de mulheres brasileiras que enfrentavam, e enfrentam, dificuldades no acesso e no uso de métodos contraceptivos, principalmente em áreas mais pobres como a região Nordeste. A combinação de uma estrutura social iníqua

[3] O não uso de anticoncepcional pode ser voluntário, pode ser devido a efeitos da composição etária e da distribuição segundo a situação conjugal, finalmente, pode ser resultante de incidências diferenciadas de afecções do aparelho reprodutivo feminino entre as mulheres pretas. Estas alternativas foram averiguadas, não tendo sido detectadas diferenças substanciais entre os três grupos.

com um sistema de saúde que tem historicamente privilegiado a medicina hospitalar, curativa e intensiva em tecnologia é um fator determinante na configuração desta realidade, a qual tende a afetar, desproporcionalmente, a população negra.

A associação deste fator com interesses locais e particularistas de médicos e políticos e com a inexistência de um serviço efetivo voltado para a saúde da mulher — assim como sua eficaz fiscalização e manutenção — que atenda à demanda contraceptiva das mulheres brasileiras, incentiva a difusão da laqueadura e está por trás da formação de uma cultura na qual esta cirurgia passou a ser vista, por muitas mulheres, como um fenômeno corriqueiro da vida reprodutiva (Berquó, 1999). De fato, diante do pouco conhecimento a respeito do próprio corpo e da fisiologia reprodutiva, de um atendimento médico problemático e das dificuldades de acesso a opções alternativas de métodos contraceptivos, a esterilização cirúrgica apresenta uma relação custo/benefício extremamente vantajosa em relação aos outros métodos no que diz respeito à eficácia, aos recursos necessários para obtê-la e à necessidade de acompanhamento médico. Esta situação tende a se verificar principalmente entre aquelas mulheres que têm poucas possibilidades de se informar a respeito, optar e obter o seu método de preferência — ou de indicação médica — e de ter um acompanhamento médico apropriado. Neste caso, são as mulheres negras as mais afetadas.

Referências bibliográficas

ALLISON, P. D. *Survival Analysis Using the SAS System: a practical guide.* Cary, NC: SAS Institute Inc., 1995.

ÁVILA, M. B. *PAISM: um programa de saúde para o bem-estar de gênero.* Recife: SOS Corpo Gênero e Cidadania, 1993.

BEMFAM/DHS. *Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996.* Rio de Janeiro: Bemfam/DHS, 1997.

BERCOVICH, A. Considerações sobre a fecundidade da população negra no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais,* 6(1): 61-87, 1989.

BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar à espera de uma ação exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos. *Estudos Feministas,* 1(2): 366-381, 1993.

BERQUÓ, E. Esterilização e raça em São Paulo. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais,* 11(1): 19-26, 1994.

BERQUÓ, E. *A Saúde Reprodutiva das Mulheres na 'Década Perdida'.* São Paulo: CEBRAP, 1995.

BERQUÓ, E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões de Saúde Reprodutiva.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CONGRESSO NACIONAL. Exame da Incidência da Esterilização em Massa de Mulheres no Brasil. Brasília: Comissão Parlamentar de Inquérito, 1993.

CAETANO, A. J. *Sterilization for Votes in the Brazilian Northeast: the case of Pernambuco,* 2000. Tese de Doutorado, Austin: Department of Sociology, University of Texas of Austin.

CAVENAGHI, S. *Female Sterilization and Racial Issues in Brazil,* 1997. Dissertação de Mestrado, Austin: Department of Sociology, University of Texas at Austin.

GELEDÉS (INSTITUTO DA MULHER NEGRA). *Esterilização: impunidade ou regulamentação?* São Paulo: Geledés, 1991.

GOIÁS (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA). *CPI: esterilização em massa de mulheres em Goiás.* Relatório final e conclusões. Goiânia: Assembléia Legistativa, 1992.

LUIZ, O. do C. & CITELI, M. T. *Esterilização Cirúrgica Voluntária na Região Metropolitana de São Paulo: organização e oferta de serviços, 1999.* São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 2000.

MERRICK, T. W. & BERQUÓ, E. *The Determinants of Brazil's Recent Rapid Decline in Fertility.* Washington D.C.: National Academy Press, 1983.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 144, de 20 de novembro de 1997 (regulamentação da Lei Número 9263, de 12 de janeiro de 1997). Brasília: Ministério da Saúde, 1997. http://www.saude.gov.br. Acesso em dez. 1999.

PERNAMBUCO (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA). *CPI: esterilização feminina em Pernambuco.* Relatório Final. Recife: Assembléia Legislativa, 1992.

RIO DE JANEIRO (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA). *CPI: Esterilização.* Relatório Final: Síntese. Rio de Janeiro: Assembléia Legislativa, 1991.

SANSONE, L. Cor, classe e modernidade em duas áreas da Bahia (algumas primeiras impressões). *Estudos Afro-Asiáticos,* 23: 143-73, 1992.

SILVA, N. do V. Uma nota sobre "raça social" no Brasil. In: HASENBALG, C. A., SILVA, N. V. & LIMA, M. (Orgs.) *Cor e Estratificação Social.* Rio de Janeiro: Contra Capa, 1999.

TELLES, E. E. & LIM, N. Does it matter who answers the race question? Racial classification and income inequality in Brazil. *Demography,* 35(4): 465-74, 1998.

NAÇÕES UNIDAS (PDNU). FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO & INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea). *Desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores brasileiros — Atlas do desenvolvimento humano no Brasil.* CD-ROM. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

ENTRE A 'CONCERTAÇÃO' PERVERSA E O VAREJO POLÍTICO: A COMPLEXA TRAJETÓRIA REPRODUTIVA DAS MULHERES NEGRAS E PARDAS

Francisco Inácio Bastos

Os marcos do debate

O texto de André Caetano, publicado nesta coletânea, levanta questões fundamentais com relação à hipótese de uma maior ocorrência de esterilizações entre mulheres pardas e/ou negras (frente às mulheres brancas), tema que vem sendo debatido ao longo das últimas décadas, no Brasil, freqüentemente de forma marcadamente emocional, encontrando aqui e ali embasamento em estudos empíricos e discussões aprofundadas. Desde já, a busca de fundamentação constitui um aspecto positivo e central de todo o trabalho, o que inclui a revisão criteriosa da literatura, a reanálise crítica dos dados empíricos abordados por outros autores, além de análises originais, que incorporam a tripla dimensão de classificações de cor/raça formuladas: a) pelos próprios indivíduos pesquisados; b) por observadores externos (entrevistadores); e c) simultaneamente, por uns e outros (nas suas concordâncias — na assim denominada, 'classificação consistente' —, ou eventuais discordâncias).

Ao lançar mão das diferentes classificações mencionadas, foi possível ao autor lidar com a importante imprecisão que perpassa o debate acerca de cor/raça, em sua dimensão ideológica de 'escurecimento'/'branqueamento' simbólico, em função de outras variáveis como a educação ou o *status* socioeconômico, mas igualmente em sua dimensão — que aqui nos interessa mais de perto — operacional. Ou seja, o fato de que não se pode mensurar aquilo que não se pode definir através de critérios operacionais claros (ainda quando subjaz um importante conflito ideológico ou conceitual) (Pinto, 1996).

Exemplificando a partir de um outro campo do conhecimento, podemos raciocinar de forma semelhante no âmbito da epidemiologia psiquiátrica. Nela, igualmente, só é possível definir o que é 'caso' (por exemplo, esquizofrenia) a partir de um consenso operacional (viabilizado pelas classificações mul-

tiaxiais contemporâneas, como a Classificação Internacional das Doenças, CID-10, da Organização Mundial da Saúde, ou a Versão IV do *Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Norte-Americana de Psiquiatria*, DSM-IV), a despeito de um importante debate conceitual acerca do que seja 'esquizofrenia' (havendo aqueles que negam a existência da própria síndrome ou mesmo a validade de utilizar o conceito de síndrome no campo da saúde mental) e das inúmeras (quase invariavelmente conflitantes) teorias que lidam com o psiquismo e suas possíveis alterações.

Ao considerar múltiplas possibilidades de classificação, contrastá-las e utilizá-las empiricamente, foi possível a André Caetano enriquecer o debate, olhando criticamente formulações anteriores, e estabelecer critérios operacionais que lhe permitiram medir freqüências e avaliar possíveis associações.

Como mencionado pelo autor, a partir de meados dos anos 1960, observou-se uma queda relevante e sustentada das taxas de fecundidade no Brasil, com marcadas heterogeneidades por região, *status* socioeconômico e cor/raça. O papel central desempenhado pela esterilização como método anticoncepcional compõe um quadro preocupante, no qual se combinam o caráter drástico e quase invariavelmente irreversível da esterilização e as possíveis conseqüências demográficas dos diferenciais de *status*, classe, região e raça quanto às taxas de fecundidade ao longo dos últimos 40 anos.

Este conjunto de achados empíricos deu ensejo a questões de duas naturezas (possivelmente complementares para alguns analistas e ativistas de diferentes movimentos sociais e correntes de opinião). A primeira: quais seriam as conseqüências das marcadas assimetrias — regionais, econômicas e sociais — do crescimento demográfico da população brasileira? A segunda: quais seriam as conseqüências de a observada desaceleração ser em grande parte tributária de um dado método anticoncepcional (a esterilização), também ele distribuído de forma absolutamente desigual nas diferentes populações e claramente mais prevalente em populações desfavorecidas segundo recortes diversos (sendo a raça uma dessas possíveis linhas de estratificação)?

A hipótese então formulada por alguns autores e movimentos sociais, de caráter inquietante, é de que estaria em marcha um processo de esterilização em massa com o propósito velado de, artificialmente, determinar uma 'recomposição' populacional em bases desfavoráveis a determinados segmentos, recortados por classe, nível educacional e/ou cor/raça.

Para além da já acirrada polêmica entre 'natalistas' e 'antinatalistas', emergia uma segunda vertente de discussão: haveria uma interferência em grande escala sobre a saúde reprodutiva das mulheres brasileiras a partir de ações específicas (ou, alternativamente, da omissão) de instâncias como as ins-

tituições públicas e agências privadas nacionais e internacionais? Em suma, resultaria da conjunção destes diferentes fatores um processo de 'esterilização eugênica', que teria como uma das suas vítimas preferenciais a mulher negra?

Tais debates foram freqüentemente acirrados e polarizados, imaginando-se as mulheres (e seus parceiros) ora como vítimas das instituições públicas e/ou agências privadas (especialmente internacionais), ora como abandonadas por estas mesmas instâncias à própria sorte e compelidas a tomar decisões radicais no âmbito da sua saúde reprodutiva — eventualmente prejudiciais à sua saúde e ao seu bem-estar.

Ainda que enfocando um aspecto específico deste debate multiforme e complexo, o trabalho de Caetano traz contribuições fundamentais no sentido de submeter tais questões à análise cuidadosa e fundamentada dos dados empíricos.

O papel dos médicos e do sistema de saúde

Uma das muitas facetas deste debate diz respeito às relações entre um ato cirúrgico (a laqueadura tubária) não regulamentado pelo marco legal até 1997 e o envolvimento dos profissionais da saúde com a cobrança ilegal de honorários no interior de unidades de saúde que integram um sistema de saúde que se pretende universal (ou seja, a saúde constitui um direito, inclusive constitucional, de qualquer cidadão brasileiro), gratuito e que tem a esfera pública como eixo regulador e componente essencial do ponto de vista da prestação direta de assistência. Se, por um lado, tais atos cirúrgicos, quando remunerados, explicitam acordos perversos no interior deste sistema — ou a ausência de instâncias reguladoras efetivas —, por outro, uma vez 'gratuitos' (ou, pelo menos, na ausência de remuneração direta do ato por parte da clientela), testemunham estratégias do varejo do clientelismo político e da corrupção.

Ou seja, estamos no 'pior dos mundos': a população, que não conta com outras alternativas de planejamento familiar (uma conclusão comum à ampla maioria das pesquisas) e encontra na esterilização a única saída, oscilaria entre a conivência com atos antiéticos dos profissionais da saúde e o clientelismo político.

Dadas as disparidades socioeconômicas observadas em nosso país e o papel central do clientelismo nas regiões e localidades mais pobres, não é de se estranhar que as laqueaduras pagas se concentrem no Sudeste, ao passo que as gratuitas sejam particularmente freqüentes no Nordeste e nas comunidades empobrecidas.

Como discute o autor, as recentes reformulações — que incluem o reforço do Programa Integrado de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM) e a implementação de serviços autorizados a realizar a esterilização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) —, não teriam, por enquanto, determinado um impacto de fato substancial sobre esse quadro adverso.

Raça e classe nas ciências sociais brasileiras e sua repercussão sobre os estudos em saúde pública e demografia

Uma questão central à análise da hipótese de uma possível esterilização em massa da população negra no Brasil é, como dissemos anteriormente, a própria tematização e operacionalização da classificação de raça/cor em nosso país. Se antes mencionamos o acerto da estratégia metodológica desenvolvida por Caetano ao lançar mão de diferentes classificações 'auto' e 'hetero' atribuídas de raça, analisaremos aqui brevemente a lógica que parece subjazer à dificuldade de fração substancial dos pesquisadores em saúde pública de incluir essa temática nas suas pesquisas, expressa na ausência quase completa das questões de raça em inúmeros debates no campo da saúde pública no Brasil até muito recentemente — o que discutimos com algum detalhe em texto anterior que aborda a disseminação do HIV/Aids entre mulheres no Brasil (Bastos, 2000).

Como discutimos no referido texto, é como se a saúde pública brasileira agisse como o simétrico inverso da saúde pública norte-americana, onde a raça é tomada como um conceito implícito e naturalizado, que subsumiria as demais determinações sociais, como classe, ocupação ou *status* socioeconômico. Se, por um lado, as investigações conjuntas dessas diferentes variáveis sociodemográficas vêm sendo profundamente reformuladas em anos recentes nos Estados Unidos (Krieger, 2000), a imensa maioria dos trabalhos norte-americanos em saúde pública simplesmente ignora quaisquer outras variáveis sociais que não a raça, e o conceito de classe social lhes é quase inteiramente estranho. De forma inversa, os trabalhos brasileiros só muito recentemente têm atentado para diversas especificidades da inter-relação entre raça e saúde (o que inclui dimensões sociais, culturais e biológicas).

É como se os fantasmas dos nossos 'médicos-sociólogos' (como Nina Rodrigues) continuassem a nos assombrar e nos impedissem de pensar a questão da raça de uma perspectiva crítica e na contramão das correntes eugênicas dominantes no período de formação das ciências sociais no Brasil, tendências estas que prevalecem até, pelo menos, a década de 1930 (trajetória revista de maneira brilhante por Vilhena, 1997), e que, vez por outra, reemergem, geral-

mente a partir de uma complexificação aparente de achados biológicos. Na verdade, a suposta base médica ou biológica da desigualdade racial jamais teve qualquer fundamento científico, tendo sido utilizadas (erradamente) biotipologias ou, mais recentemente, a biologia molecular ou a estatística (quanto a esta última, vide a polêmica deslanchada pelo livro *The Bell Curve* e a violenta crítica que se seguiu à sua publicação — Kincheloe et al., 1996).

Como mostra Vilhena (1997), a crítica severa empreendida pela Escola Paulista de Sociologia (liderada por Florestan Fernandes) às formulações anteriores sobre o tema — que não pensavam a questão da raça e do preconceito racial dentro dos marcos da nossa estrutura e dinâmica social — talvez tenha fomentado, no âmbito da saúde pública brasileira (geralmente caudatária dos movimentos mais amplos das ciências sociais), práticas de investigação diversas e mesmo opostas àquelas originalmente propostas pelo próprio Florestan Fernandes (esta impressão é nossa, não de Vilhena). As práticas de Fernandes sugeriam uma identificação tão profunda da questão racial com a questão social *lato sensu* a ponto da indistinção entre as duas questões, com a conseqüente secundarização e mesmo anulação da questão racial como objeto de pesquisa e, inclusive, variável de análise. Portanto, ao invés de contarmos com um campo beneficiado pela sofisticação das análises com a incorporação da dinâmica social à discussão sobre a determinação dos agravos em saúde, acabamos por anular a raça como possível categoria explicativa, como se ela desaparecesse ao tomarmos 'classe social' (ou conceitos correlatos) como categoria de análise e motor exclusivo da transformação social. Ou seja, a pesquisa em saúde pública acabou por 'jogar fora o bebê junto com a água da bacia'.

Nesse sentido, é bastante auspicioso constatar que, no âmbito da demografia brasileira, a questão racial integra a agenda de pesquisa em saúde reprodutiva há pelo menos duas décadas, e que existe neste campo um debate vivo e um progressivo refinamento metodológico, como discutido e posto em prática por Caetano.

Indo um pouco além do que discute o autor, seria interessante não apenas comparar classificações 'auto' e 'hetero' definidas de raça e a influência sobre estas classificações dos vícios de (auto)definição do próprio observado em função de seu *status* social, escolaridade e renda — além dos vícios do observador decorrentes do seu próprio *background* social —, mas igualmente analisar com detalhes contextos e situações de interação entre observadores e observados de diferentes raças, padrões culturais e inserções sociais. E isso já foi desenvolvido com resultados muito interessantes no campo das pesquisas em lingüística (McConahay, Hardee & Batts, 1981). Obviamente, esta não é uma tarefa para a demografia, mas, sim, para a antropologia, a lingüística e campos afins.

Os resultados e as dificuldades de interpretação

Lançando mão de modelos de sobrevida (regressão de *Cox*) e diversos procedimentos de controle de possíveis confundimentos e interações, incluindo as diferentes modalidades de classificação de 'raça', o autor chega à conclusão de que (quanto à chance de esterilização) "mulheres pardas, quando comparadas às brancas" têm risco significantemente diferente e superior. Ou seja, controlando-se por variáveis sociais distintas, existem diferenças estatisticamente significativas na chance de as mulheres pardas (mas não negras, nos dois primeiros modelos, e num sentido inverso — de menor risco para as negras — no terceiro modelo), frente às mulheres brancas, virem a ser esterilizadas — a chance é significativamente mais elevada para as pardas.

Tais resultados são certamente mais complexos do que se poderia esperar de um processo macrossocial atuando de forma concertada numa única direção (a hipótese de um processo de esterilização em massa da população negra). Antes de tudo, sugerem uma dinâmica complexa, fruto da interação entre forças atuantes em diferentes esferas e níveis, com uma resultante dificilmente previsível.

Uma possibilidade aventada pelo autor é a de que as mulheres negras estejam inseridas em situações de tão profunda desvalia social que não cheguem nem mesmo a poder lançar mão dos circuitos clientelísticos locais como alternativa à ausência de recursos para pagar as intervenções cirúrgicas. Tal possibilidade em nada refuta a hipótese de que exista no país uma 'cultura da esterilização', uma vez que, entre um conjunto de representações que perpassaria a sociedade ou ao menos alguns dos seus estratos e a sua efetivação em diferentes contextos e comunidades, existiriam diferentes obstáculos de natureza operacional, tais como os fatos de tais procedimentos exigirem a disponibilidade e o acesso a serviços de saúde e profissionais especializados, e estarem acoplados a outros procedimentos, como o parto cesáreo e a laparoscopia.

Em suma, não resta dúvida de que existe uma oferta deficiente de alternativas contraceptivas no Brasil e que, diante destas lacunas e das dificuldades econômicas vivenciadas pelas famílias numerosas, além dos possíveis efeitos de uma 'cultura da esterilização', a esterilização se oferece como a única alternativa de planejamento familiar.

Por outro lado, a inter-relação entre profunda iniqüidade social, estigma e preconceito racial e clientelismo político está longe de ser auto-evidente, exigindo a realização de estudos de casos em diferentes regiões e comunidades. As ciências sociais brasileiras só têm a ganhar com a realização de estudos empíricos regionais e locais, beneficiando-se da triangulação de informações

provenientes de diferentes métodos como os propostos pela antropologia e sociologia, incluindo a observação etnográfica, a realização de grupos focais e entrevistas em profundidade, além de *surveys*. A correta utilização dos métodos de análise demográfica tem aqui um papel fundamental de proposição de hipóteses e refutação de hipóteses não-fundamentadas, e é exatamente isto o que efetuou o texto de Caetano.

Dada a complexidade dos fatores envolvidos — que vão da subjetividade de indivíduos, parcerias, famílias e comunidades às ações (o mais das vezes, pouco coordenadas e mesmo contraditórias) das diversas agências (públicas e privadas, nacionais e internacionais) atuando no campo da saúde reprodutiva, sem esquecer da ação dos profissionais da saúde, da esfera política local e das políticas macroeconômicas (influenciando, por exemplo, a renda das famílias) —, não me parece possível elucidar a complexa trajetória reprodutiva das mulheres negras e/ou empobrecidas sem apelar para refinamentos conceituais progressivos, acoplados a estudos empíricos em diferentes níveis de agregação, e utilizando diferentes métodos. É preciso ter em mente, em quaisquer dessas investigações, que a questão racial não pode ser secundarizada em nosso país, e que ela quase invariavelmente constitui uma dimensão explicativa fundamental dos mais diversos fenômenos sociais, que vai se somar às diferentes heterogeneidades de uma sociedade injusta e excludente.

Como mostra Vilhena (1997), o próprio nascimento das ciências sociais entre nós está inextricavelmente ligado à percepção de que somos uma sociedade multirracial e multicultural, e que aqui — nos 'tristes trópicos' de Lévi-Strauss — não basta reciclar conceitos e hipóteses originalmente geradas na Europa e nos Estados Unidos. A raça é o batismo de fogo das nossas ciências sociais e uma dimensão inescapável da trajetória reprodutiva das brasileiras.

Referências bibliográficas

BASTOS, F. I. A feminização da epidemia de Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. *Coleção ABIA: Saúde Sexual e Reprodutiva*, 3:1-27, 2000.

KINCHELOE, J. L. et al. (Eds.) *Measured Lies: the Bell Curve examined*. Nova York: Palgrave, 1996.

KRIEGER N. (2000). Discrimination and health. In: BERKMAN L. F. & KAWACHI, I. (Eds.) *Social Epidemiology*. Nova York: Oxford University Press, 2000.

MCCONAHAY, J. B.; HARDEE, B. B. & BATTS, V. Has racism declined in America? It depends on who is asking and what is asked. *Journal of Conflict Resolution*, 25: 563-579, 1981.

PINTO, R. H. Classifying the Brazilian population by color: underlying problems. In: BARRETO, E. S. S. & ZIBAS, D. M. L. (Eds.) *Brazilian Issues on Education: gender and race*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1996.

VILHENA, L. R. África na tradição das ciências sociais no Brasil. In: VILHENA, L. R. (Org.) *Ensaios de Antropologia*. Rio de Janeiro: EdUerj, 1997.

SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA EM JOVENS NEGROS, HOMENS E MULHERES, DE SETORES POPULARES URBANOS EM CÁLI

Fernando Urrea Giraldo, Teodora Hurtado Saa,
Mary Lilya Congolino Sinisterra, Hernán Darío Herrera
e Fernando Murillo Cruz[1]

Características sociodemográficas e socioeconômicas da população negra de setores populares e classes médias de Cáli

Do total da população colombiana — 43.035.394 habitantes, em 30 de junho de 2001, segundo projeções do Departamento Nacional de Estatística (Dane) —, os afro-colombianos representam entre 20 e 22% (8,5 a 9 milhões de pessoas). Já na população urbana, eles constituem 17,6% (5.417.612 de pessoas).[2] Podemos tomar essas cifras totais como estimativas conservadoras da população afro-colombiana, as quais, no entanto, têm um respaldo estatístico relativamente confiável, através de três levantamentos domiciliares especializados, dois realizados em Cáli e um nacional, nas 13 áreas metropolitanas mais importantes do país.[3] Esses dados fazem com que a Colômbia e a Venezuela apareçam em segundo lugar na América Latina como os dois países com maior número de negros, depois do Brasil, com seus aproximadamente 75 milhões de afro-americanos (cerca de 50% do total da população).[4]

---

[1] Os cinco autores deste documento formam a equipe do Centro de Investigação e Documentação Socioeconômica da Faculdade de Ciências Sociais e Econômicas da Universidad del Valle (CIDSE-ASHANTY), e da Organização Afro-Colombiana Etnoeducativa Ashanty do Distrito de Aguablanca, Cáli, em estudos sobre a sexualidade e a saúde reprodutiva nas populações afro-colombianas.

[2] Urrea, Ramirez & Viáfara (2001).

[3] Nessas 13 áreas metropolitanas do país, 17,9% da população são afro-colombianos, segundo os resultados do levantamento domiciliar do DANE, etapa 110, de dezembro de 2000 (Urrea, Ramirez & Viáfara, 2001).

[4] Flórez, Medina & Urrea (2001).

Os afro-colombianos, assim como o conjunto dos colombianos, são mais urbanos do que rurais: 70,5% da população afro-colombiana e 71,4% de toda a população colombiana em 2001 residiam em cidades. Dentre os afro-colombianos, 57,8% residem em concentrações urbanas, com áreas metropolitanas ou arredores próximos superiores a 700 mil habitantes. Respectivamente, conforme o tamanho da população afro-colombiana e em ordem decrescente, as cidades de maior concentração demográfica são: Cáli, Cartagena, Bogotá, Medellín, Barranquilla e Pereira.

De acordo com Urrea, Ramirez & Viáfara (2001), Cáli e sua região metropolitana ampliada são a área urbana de maior concentração da população negra no país, com pouco mais de 900 mil negros. Destes, uns 650 mil residem na cidade de Cáli, situando-se um pouco mais de 50% deles — 350 mil — na Zona Leste da cidade, formada por bairros populares muito heterogêneos, que vão de assentamentos de extrema pobreza, com urbanização sumamente precária, até áreas residenciais contíguas de classe média baixa, com serviços básicos completos de habitação.

Trata-se de uma zona urbana que concentra 55% de sua população nos dois primeiros quintis de renda[5] (Ver Tabela 1).

Entretanto, como assinalam os próprios autores, não se pode desconhecer a existência, em cidades como Cáli, Medellín, Bogotá, Barranquilla etc., de uma classe média negra, formada por camadas de operários qualificados, técnicos e profissionais liberais — mulheres e homens — com relativa participação dos filhos no ensino superior, especialmente em algumas universidades públicas[6] e numa série de universidades privadas com um índice considerável de matrículas estudantis de classes médias baixas.[7] Não obstante, há que se alertar para o fato de que este e outros estudos assinalam, por sua vez, a dificuldade que existe nos processos de mobilidade social ascendente para as camadas médias negras (Barbary, 1999, 2000; Bruyneel & Ramírez, 1999; Quintín, Ramírez & Urrea, 2000). Numa cidade como Cáli, as citadas classes médias residem em bairros de classe média baixa e classe média

[5] Segundo dados do levantamento do CIDSE-Banco Mundial, Pobreza, cobertura y percepción de servicios sociales en Cali, de setembro de 1999. Por outro lado, de acordo com a mesma pesquisa, 61% da população negra da zona leste da cidade concentram-se nos dois primeiros quintis, enquanto o índice é de 49% na população mestiça-branca.

[6] A Universidad de Valle (Cáli), a Universidad de Antioquia (Medellín), a Universidad de Cartagena e a Universidad del Atlántico (Barranquilla) são as que mais se destacam.

[7] Nesse caso, infelizmente, trata-se de universidades particulares de perfil acadêmico muito baixo.

Tabela 1

Distribuição da população de domicílios afro-colombianos e não-afro-colombianos, por quintis e zonas urbanas de Cáli (% col.)

Quintis	**Zona Leste**		**Zona Centro-Leste**		**Zona das Encostas**		**Zona do Corredor**		**Total (Cáli)**	
	Dom. afro	Dom. não-afro	Dom. afro	Dom. não-afro	Dom. afro	Dom. não-afro	Dom. afro	Dom. não-afro	Dom. afro	Dom. não-afro
Quintil 1	30,4	26,0	16,4	13,4	36,4	18,5	7,9	12,4	23,1	18,1
Quintil 2	30,5	23,0	17,9	14,4	24,0	32,8	10,3	9,7	22,9	18,2
% acumulada quintis 1 e 2	(60,9)	(49,0)	(34,3)	(27,8)	(60,4)	(51,3)	(18,2)	(22,1)	(46,0)	(36,3)
Quintil 3	22,8	22,6	21,2	19,9	21,0	20,8	22,3	14,2	22,2	19,1
Quintil 4	11,9	18,2	23,8	29,5	14,9	15,9	26,4	20,3	17,9	21,2
Quintil 5	4,4	10,2	20,7	22,9	3,7	11,6	33,1	43,4	13,9	23,4
% acumulada quintis 4 e 5	(16,3)	(28,4)	(44,5)	(52,4)	(18,6)	(27,5)	(59,5)	(63,7)	(31,8)	(44,6)
Total (Cáli)	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: Levantamento do Banco Mundial-CIDSE/Univalle, Cáli, setembro de 1999.

média da Zona Centro-Leste, e também em bairros de classe média alta, embora sejam minoria neste último setor (Quintín, Ramírez & Urrea, 2000). Ainda assim, a grande maioria da população negra de Cáli reside em espaços de extrema pobreza e marginalidade social, na Zona Leste.

Numa cidade mestiça como Cáli, a população negra apresenta duas formas de distribuição geográfica urbana, conforme a posição socioespacial e conforme a classe social (Urrea, 1997, 1999; Urrea & Ortiz, 1999). Isso significa que, por um lado, a população negra apresenta padrões de segregação espacial, com uma alta concentração relativa nas áreas residenciais do leste da cidade, especialmente nos assentamentos de maior pobreza; por outro, registra-se uma dispersão residencial paulatina à medida que se vai chegando perto do centro da cidade, indo de leste para oeste, ao longo de bairros de classes médias muito heterogêneas. Isso revela que as áreas de maior povoamento de negros correspondem às zonas distritais 6, 7, 13, 14, 15, 16 e 21 (Zona Leste) e, em menor grau, às zonas distritais 4, 5, 8, 9, 10, 11 e 12, que constituem a Zona Centro-Leste de Cáli.

A Tabela 2 permite uma visão sintética da estrutura socioeconômica e demográfica da população de Cáli e das quatro grandes zonas geográficas da cidade: Leste (as zonas distritais anteriormente enumeradas), Centro-Leste (idem), Encostas (zonas distritais 1, 18 e 20) e o corredor de classes médias abastadas e altas (zonas distritais 2, 17 e 19).

Essas características sociodemográficas das populações negras de Cáli revelam a existência de uma importante heterogeneidade social e residencial, com uma dinâmica espacial segregada para as camadas sociais mais pobres — poderíamos dizer, para os mais pobres dentre os pobres, no primeiro quintil de renda, a Zona Leste e a das encostas da cidade, e, para as classes médias negras em consolidação, uma distribuição residencial relativamente dispersa no Centro-Leste e no corredor urbano. A demografia da pobreza urbana manifesta-se, através de uma série de indicadores da Zona Leste (zonas distritais 6, 7, 13, 14, 15, 16 e 21), numa população mais jovem do que o conjunto da cidade, por isso mesmo com taxas de dependência juvenil e tamanho domiciliar médio maiores no primeiro quintil de renda. Associado a isso, há uma concentração da população negra de Cáli nos dois primeiros quintis da distribuição de renda, diferentemente da população mestiça/branca, embora também se registre uma participação importante nos quintis três e quatro, o que se refere, precisamente, a uma presença de classes médias negras (zonas distritais 4, 5, 8, 9, 10, 11 e 12) com padrões sociodemográficos de modernidade semelhantes ou maiores do que os das classes médias não-negras.

Em termos demográficos, não há diferenças importantes entre a população negra e a não-negra em Cáli, exceto pelas que assinalam as condições de pobreza, e, por isso, as estruturas populacionais dos negros relacionam-se fundamentalmente com fatores de classe, e não culturais. Do mesmo modo, a população negra é afetada por fatores de desigualdade social em que o componente da cor da pele constitui um dispositivo de exclusão não-separável do de classe, mas sem que possa ser evitado ou ocultado. Isso significa que a ordem social da sociedade colombiana — sua estrutura de classes — é inseparável da cor da pele (Wade, 1997). Desse modo, tanto os setores populares negros mais pobres quanto as diversas camadas médias negras enfrentam uma situação de discriminação racial, mas com modalidades diferentes. Enquanto os setores populares residem em condições de segregação espacial, boa parte deles na pobreza extrema e com urbanização precária, as classes médias percebem fortes obstáculos à mobilidade social no mercado de trabalho e em diferentes âmbitos institucionais da vida social (nos campos da política, dos negócios, das forças armadas etc.), como mostram Quintín, Ramírez & Urrea (2000).

Tabela 2

Taxas de dependência juvenil (menores de 20 anos) e índices masculinos totais por zonas urbanas e tipos de domicílio (domicílios afro-colombianos e não-afro-colombianos)*. Cáli, 1999

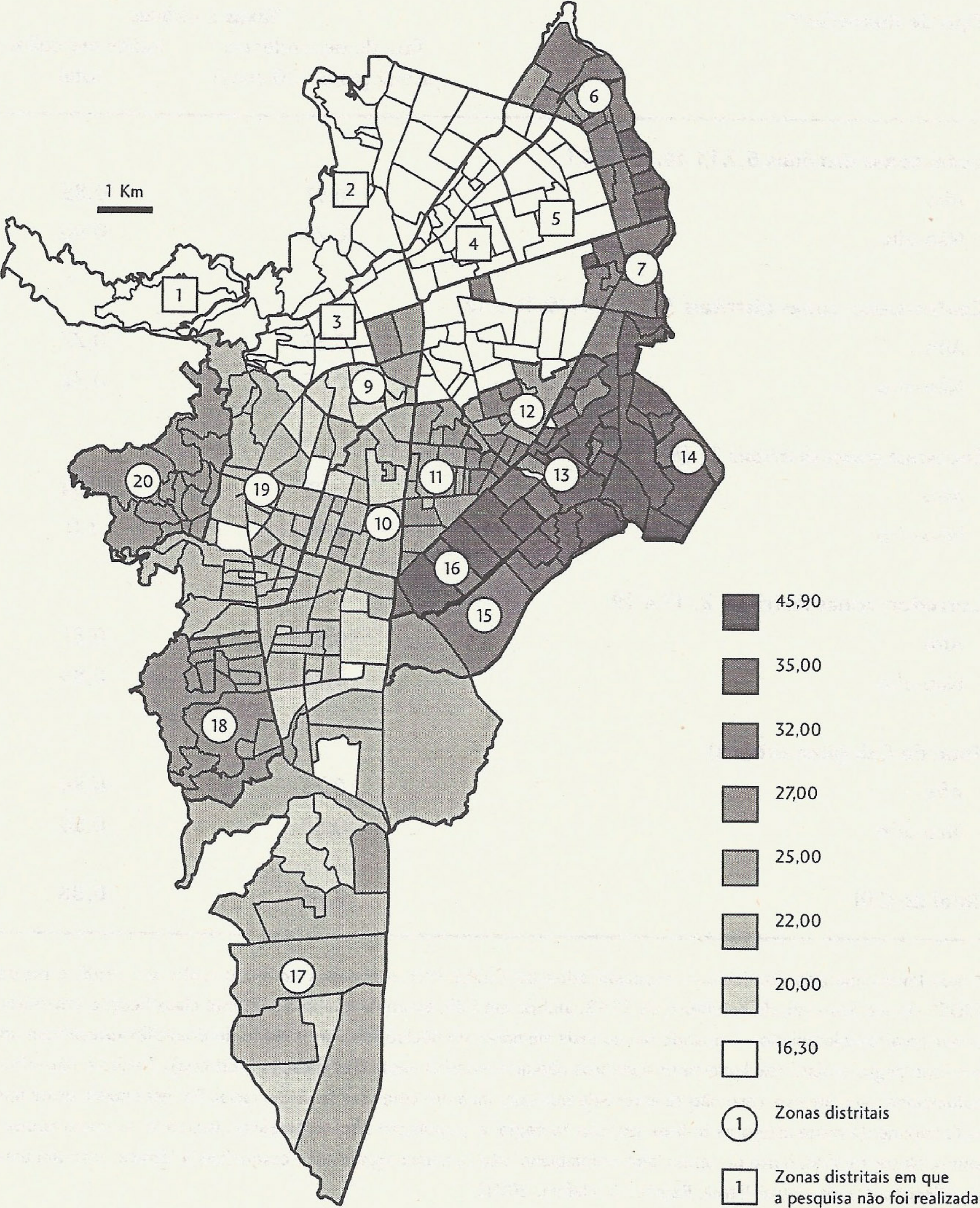
Tipo de domicílio**	**Taxas e índices**	
	Taxa de dependência juvenil (para < 20 anos)	Índice masculino total
Leste: zonas distritais 6,7,13,14,15,16,21		
Afro	0,91	0,85
Não-afro	0,74	0,90
Centro-Leste: zonas distritais 3,4,5,8,9,10,11 e 12		
Afro	0,57	0,77
Não-afro	0,55	0,82
Encostas: zonas distritais 1, 18 e 20		
Afro	0,79	1,04
Não-afro	0,65	1,0
Corredor: zonas distritais 2, 17 e 19		
Afro	0,60	0,81
Não-afro	0,48	0,85
Total de Cáli (área urbana)		
Afro	0,75	0,84
Não-afro	0,60	0,88
Total de Cáli	**0,65**	**0,86**

* Nos levantamentos domiciliares especializados do CIDSE-IRD, realizados em maio-junho de 1998, e no do CIDSE-Banco Mundial, de setembro de 1999, ambos em Cáli, estabeleceu-se a seguinte classificação arbitrária: domicílio afro-colombiano — quando um ou mais membros do núcleo familiar primário do domicílio apresentam um fenótipo negro-mulato (excluem-se os membros não aparentados nessa classificação arbitrária); domicílio não-afro-colombiano — o inverso, caso não se apresente qualquer membro com esse fenótipo racial. Por essa razão, usaremos indistintamente neste artigo os termos 'população negra' e 'população afro-colombiana', tomando-os como equivalentes. Nesse sentido, o uso do termo 'afro-colombiano' não tem uma significação essencialista 'étnica', mas sim uma significação descritiva (ver Urrea, Ramírez & Viáfara, 2001).

** Segundo a caracterização sociorracial dos membros do núcleo familiar primário pelo recenseador.

Fonte: Levantamento do Banco Mundial-CIDSE/Univalle, setembro de 1999, Cáli.

Mapa 1

População estimada de domicílios com população negra, por setor censitário. Cáli, 1998

Fonte: Barbary & Pissoat (1999).

Antecedentes do problema: padrões de saúde reprodutiva nas áreas urbanas de Cáli com maior concentração da população negra

A partir do contexto sociodemográfico e socioeconômico anterior, procedeu-se a uma análise dos padrões da saúde reprodutiva nas áreas urbanas (zonas distritais e alguns bairros) com alta participação da população negra, particularmente no leste da cidade. Antes de iniciar a análise detalhada, é preciso lembrar que os indicadores epidemiológicos sobre a saúde sexual e reprodutiva foram extraídos de diversas fontes, entre as quais se encontram os registros da Secretaria de Saúde Pública Municipal de Santiago de Cáli, que só permitem uma aproximação indireta no tocante às áreas residenciais em que há uma alta presença de pessoas negras, numa escala infelizmente muito amontoada — a zona distrital —, mas também com populações mestiça e branca pobres (no caso das áreas urbanas mais deprimidas); ou seja, trata-se de zonas urbanas racialmente miscigenadas, que em momento algum são espaços exclusivos da população negra pobre.

Além disso, nessas mesmas áreas pobres existe uma importante heterogeneidade social. Até os dados usados a partir do estudo de Urrea e Rojas sobre saúde reprodutiva e práticas da sexualidade no Distrito de Aguablanca, referentes a 1993 — que se concentram em três bairros dessa zona e no espaço coberto pelo Núcleo de Atendimento Primário em Saúde (NAP), Marroquín-Cauquita (zonas distritais 14 e 15) —, embora se refiram, em sua maior parte, a estudantes negros, incluem também jovens mestiços de ambos os sexos que residem nessa região da cidade.

Outro estudo mais recente, realizado por Urrea & Quintín (2000), que revela o comportamento sexual e as práticas de saúde reprodutiva de jovens negros dos subúrbios populares de Cáli, lança mais dados sobre a incidência que podem ter os fenômenos políticos, socioculturais e econômicos na vida desses indivíduos e nas práticas de saúde sexual de homens e mulheres negros de setores populares, particularmente dos jovens residentes nos bairros de Charco Azul e Sardi, que apresentam uma alta concentração da população negra e menor mestiçagem racial.

Os dados obtidos dessas diversas fontes são sumamente valiosos para analisar os fenômenos socioculturais que se apresentam no exercício das práticas de saúde reprodutiva em jovens em condições de alto risco. Entretanto, somos moderados no uso e na apresentação desses dados, posto que boa parte dos indicadores epidemiológicos não permite uma análise mais detalhada a partir das características sociorraciais das pessoas, como alertamos anteriormente.

Iniciação e experiências sexuais de adolescentes de setores populares com alta participação de jovens negros em Cáli

De acordo com o estudo de Urrea e Rojas sobre os 194 estudantes (rapazes e moças) pesquisados,[8] observa-se, ao analisar a experiência de uma relação sexual conforme o sexo e a estrutura etária (Tabela 3), uma clara diferença entre os adolescentes dos sexos masculino e feminino. Enquanto os adolescentes varões de 11-14 anos já apresentavam uma percentagem de 47% com experiência de uma relação sexual, as jovens adolescentes do primeiro grupo etário registravam 33%. A partir dos 15-19 anos, os rapazes tinham percentagens acima de 74,6%. As moças, ao contrário, registravam uma percentagem de 13,2% entre os 15 e 19 anos de idade. Em síntese, não só os estudantes adolescentes do sexo masculino haviam tido experiência sexual significativamente maior do que a das moças, como também já se registravam percentagens elevadas entre os menores de 15 anos, percentagens estas que aumentam consideravelmente depois dos 15 anos (Tabela 3). Essas constatações referentes à Cáli do início da década de 1990, numa área urbana de alta concentração de negros, enquadram-se nos resultados de diferentes estudos feitos em países em desenvolvimento. Pode-se ver, a esse respeito, os estudos internacionais de Barker (2000) e de Brown et al. (2001), o primeiro sobre a saúde e o desenvolvimento de rapazes adolescentes, o segundo sobre as relações sexuais entre adolescentes em países em desenvolvimento.

O estudo de Urrea e Rojas trouxe também uma informação quantitativa fundamental para se avaliar o uso efetivo de técnicas anticoncepcionais e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), assim como uma aproximação em escala micro de uma taxa de DST no grupo de estudantes da amostra. Dos adolescentes escolares que tinham mantido uma relação sexual com penetração em 1992 (72 de 111 rapazes, conforme a Tabela 3), apenas 33,3% (24) haviam utilizado métodos anticoncepcionais em alguma ocasião. Nesses 24 adolescentes, o método anticoncepcional mais usado foi o preservativo (camisinha), nos 15 casos que adotaram algum método. Em seguida, vinham os que haviam usado pílulas anticoncepcionais e/ou camisinha, somando quatro casos (rapazes que informaram haver pedido às moças que utilizassem a pílula, assim como haviam usado o preservativo). Dois rapazes adoles-

[8] Nessa amostra de estudantes, pelo menos 65% eram rapazes e moças negros e mulatos (126 dentre 194 alunos), residentes em bairros de classes muito baixas, classes baixas e classes médias baixas, por volta de 1992.

Tabela 3

Dados sobre ter ou não havido relações sexuais entre estudantes adolescentes, conforme o sexo e o grupo etário (com experiência de penetração)

Idade	Uma	%	Nenhuma	%	Total	%
Rapazes						
11-14	19	47,5	21	52,5	40	100,0
15-19	53	74,6	18	25,4	71	100,0
Total	**72**	**64,9**	**39**	**35,1**	**111**	**100,0**
Moças						
11-14	1	3,3	29	96,7	30	100,0
15-19	7	13,2	46	86,8	53	100,0
Total	**8**	**9,6**	**75**	**90,4**	**83**	**100,0**

Fonte: Urrea & Rojas (1993).

centes tinham procurado fazer com que as parceiras usassem a pílula e apenas uma moça a havia tomado. Outra relatou o uso de injeções, e dois rapazes disseram ter pedido que as moças as utilizassem. Assim, observou-se que, para alguns desses jovens estudantes, era a mulher quem devia assumir a responsabilidade pelo uso de métodos anticoncepcionais e pela prevenção das DST.

Todavia, o mais preocupante acerca desses adolescentes escolarizados da Zona Leste da cidade, no tocante à indagação sobre o uso de anticoncepcionais, é que 66% dos que haviam mantido relações sexuais disseram não ter usado qualquer tipo de método anticoncepcional. Indagados sobre seus conhecimentos acerca da prevenção de DST, apenas 22,7% (16 casos) mencionaram o preservativo; 17,5% (13 casos) disseram manter "uma relação estável"; 4,1% (três casos) informaram "não ter tido relações"; 7,2% (cinco casos) responderam "manter relações com pessoas asseadas", como forma de prevenção dessas enfermidades; por último, 27,8% (20 casos) não responderam à pergunta, ou disseram não conhecer qualquer método para prevenir as DST.

Seja como for, as características desses jovens, em especial sua vinculação com o projeto escolar nessa época, permitem-nos pensar que o exercício de sua sexualidade seria influenciado, aparentemente, pelo ensino escolar e pela expectativa de um projeto de mobilidade social, que retardaria a inicia-

ção de sua vida sexual, particularmente no caso das adolescentes. Além disso, nestas últimas incidiriam fatores como o maior controle social exercido sobre elas e, supostamente, a perspectiva de repúdio e/ou assinalamento social ante uma eventual experiência de gravidez, que pode ser maior quando não existe uma união estável com o parceiro sexual. No caso dos estudantes adolescentes do sexo masculino, a situação parece ser bem diferente: eles colocam-se num grupo de alto risco que, de qualquer modo, afeta as moças como parceiras sexuais. Nesse sentido, especialmente nos rapazes escolarizados de setores populares com alta participação da população negra, a inserção escolar parece não ser suficiente para mudar o padrão de risco das práticas sexuais, como se pôde mostrar no estudo de Urrea e Rojas do início da década de 1990.

Padrões transversais de DST e HIV-Aids por zona distrital dos setores populares com alta participação da população negra e jovem e tendências globais em Cáli

Ao analisar o comportamento das DST e do HIV-Aids, bem como a relação masculino/feminino de HIV/Aids nas diferentes zonas distritais da cidade de Cáli em 1999, mas concentrando-nos principalmente nos distritos com maior presença de uma população negra e jovem (ver Anexo 1), podemos tecer as seguintes considerações.

Conquanto se possa supor um problema de sub-registro, chamam a atenção as altas taxas de incidência de DST e HIV-Aids masculinas, muito superiores às femininas, como seria esperável, dada a sua associação a um maior exercício da sexualidade entre os homens, como se verificou na população adolescente masculina. Certamente, isso também implica um maior exercício da sexualidade com risco de contágio de DST e HIV-Aids. Esses dados poderiam estar associados a práticas já assinaladas, como o início precoce da vida sexual masculina, as práticas inadequadas (com menor responsabilidade na vida reprodutiva) e uma menor estabilidade nas relações com os parceiros, o que envolve um número maior de companhias sexuais e o aumento do risco de contágio por DST e HIV-Aids. Paralelamente, constata-se uma presença importante da prostituição feminina, que com certeza responderia por grande parte do registro de maiores taxas de incidência de DST nas mulheres. Isso não significa que se possa deixar de lado a prostituição masculina, sobretudo em adolescentes e adultos jovens, mas, apesar do fenômeno da prostituição feminina, as taxas referentes às mulheres são inferiores às masculinas.

Paradoxalmente, no entanto, nas zonas distritais 13, 14, 15 e 16, de alta concentração da população negra, as taxas femininas são superiores às masculinas, ou quase iguais a estas, como na zona distrital 16 (ver Anexo 1), à semelhança do que acontece na zona rural do município, onde as taxas de incidência feminina são muito mais altas do que as dos homens. Na zona rural, também há áreas de alta participação de negros, embora haja outras mais mestiçadas. Essa diferença leva, simplesmente, a suspeitar de um sub-registro significativo das DST e do HIV-Aids masculinos nas referidas zonas distritais e na zona rural, em decorrência da baixa cobertura dos serviços de saúde municipais. Faz-se essa inferência porque os diferentes tipos de dados quantitativos e qualitativos incluídos neste estudo apontam para uma tendência diferente. Mas esse sub-registro ocorre também no tocante às taxas femininas dessas zonas distritais, que talvez sejam maiores. Certamente, os dados mostram uma cobertura muito inadequada do sistema de saúde nesse tipo de morbidez/mortalidade entre os pobres e os negros urbanos. Por outro lado, se encontramos nessas zonas distritais taxas de atendimento de ocorrências de DST e HIV-Aids inferiores às da média da cidade, também é preciso considerar que esse fenômeno pode ser explicado pelo alto uso de práticas alternativas de atendimento sem registro, através da consulta a farmacêuticos ou da simples automedicação. Isso é igualmente válido noutros setores urbanos, mas suspeita-se que tenha um impacto maior na população dessas zonas distritais.

Analisando por grupos os registros epidemiológicos de DST, observa-se que as taxas masculinas de incidência mais alta são as de HIV-Aids (56,2 em cada 10 mil habitantes), seguidas pelas doenças gonocócicas do trato urogenital e, em terceiro lugar, por eventos distintos de sífilis. Consideradas as zonas distritais, essas DST e as ocorrências de HIV-Aids são dominantes na zona distrital 3, que tem as maiores taxas da HIV-Aids e sífilis. Nessa região, concentram-se bairros tradicionais de prostituição feminina, com um aumento da prostituição masculina nos últimos 15 anos e uma freqüência de trânsito sexual de pessoas da cidade inteira, por se tratar do centro tradicional de Cáli. Todavia, existe uma importante população residente nas áreas mais pobres dessa zona distrital (uns cinco bairros) que participa do mercado sexual, na condição de ofertante ou demandante de serviços sexuais. As outras zonas distritais com altas taxas de incidência masculina são, por ordem decrescente de importância, as de números 12, 9, 8, 4 e 7, com valores superiores a 200 eventos por cada 10 mil habitantes, chegando a registrar 403 casos. As quatro primeiras zonas distritais correspondem à vasta região urbana Centro-Leste, com importância mediana da população negra, depois da Zona Leste,

majoritariamente composta por bairros de classe média baixa e média. Também nessas zonas distritais os casos de HIV-Aids são muito numerosos.

Como se pode perceber, há uma diferença significativa por zonas distritais na relação HIV-Aids entre homens e mulheres. Enquanto, numa série de zonas distritais (2, 4, 5, 7, 17, 18, 19 e 21), não se registraram casos de mulheres infectadas, noutras a relação mostra-se preocupantemente reduzida: as zonas distritais 8, 11, 12, 13, 15, 16 e 20 e a zona rural de Cáli. Um terceiro grupo corresponde a zonas distritais que ainda têm uma proporção de um alto número de homens por mulher infectada: as zonas distritais 3, 6, 9, 10 e 14. É claro que essa relação estatística pode ser fluida ou mutável de um ano para outro, mas pode-se dizer que, entre as zonas distritais com uma relação muito reduzida de homens por mulheres infectadas, predominam as dos setores populares, algumas com alta participação da população negra (zonas distritais 11, 12, 13, 15, 16 e 20, esta com menor participação de negros); somente a zona distrital 8 corresponde mais a classes médias, com alta heterogeneidade racial. Esse fenômeno leva a crer que, nessas regiões, as mulheres estão correndo riscos elevados de infecção, diante do padrão cada vez mais freqüente de comportamentos bissexuais em homens de setores populares que namoram ou vivem em relações conjugais, sem utilizar mecanismos de sexo seguro com outros homens nem com as próprias mulheres, para não falar na ocultação desses comportamentos perante as parceiras, o que as coloca numa situação de alto risco.

Padrões de gravidez e aborto na população feminina adolescente do leste da cidade

No estudo de Urrea e Rojas realizado entre 1992 e 1993, a respeito das práticas sexuais entre adolescentes de setores populares de Cáli, observou-se na zona distrital 14 (Distrito de Aguablanca) que, no período de 1991-1992, a população de grávidas pertencentes a todos os grupos etários, atendidas pelo Programa de Controle de Gravidez do NAP 14,[9] apresentou uma estrutura etária pela qual se registrou claramente uma amostra representativa do alto peso da gravidez em adolescentes desses bairros (ver Tabelas 4 e 5).

[9] Colheram-se aleatoriamente 664 registros de moças residentes no bairro de Marroquín-Cauquita e noutros bairros próximos, que fazem parte da área de influência do NAP, com as mesmas características socioculturais, entre 1991 e 1992 (Urrea & Rojas, 1993).

Tabela 4

Distribuição por grupos etários das grávidas que receberam atendimento do NAP de Marroquín-Cauquita entre setembro de 1991 e setembro de 1992

Idade	Freqüência	(%)	% acumulada
Entre 11 e 12 anos	2	0,3	0,3
Entre 13 e 14 anos	18	2,7	3,0
Entre 15 e 17 anos	80	12,0	15,1
Entre 18 e 19 anos	77	11,6	26,7
Entre 20 e 24 anos	212	31,9	58,6
Entre 25 e 29 anos	146	22,0	80,6
Entre 30 e 34 anos	89	13,4	94,0
Entre 35 e 39 anos	34	5,1	99,1
Entre 40 e 44 anos	5	0,8	99,8
45 anos ou mais	1	0,2	100,0
Total	**664**	**100,0**	

Fonte: Urrea & Rojas (1993).

O grupo de grávidas menores de 20 anos representava, em 1991-1992, 26,7% do total, ou seja, mais de 1/4 das grávidas, e se concentrava na faixa das jovens entre 15 e 19 anos (23,6%), embora não se deva deixar de assinalar a participação de algumas menores de 15 anos (3%). O grupo com maior participação entre as grávidas foi o da faixa de 20-24 anos (31,9%), o que também mostrou que, nesse grupo etário (20-24 anos), era possível encontrar um segmento de mulheres cuja gravidez havia ocorrido em idade inferior a 20 anos. Se aceitarmos esse registro como uma amostra representativa da gravidez adolescente nas zonas distritais 13, 14 e 15, por volta de meados do ano de 1992, chama a atenção que, em 1998, segundo o registro do Sistema Local de Saúde (Silos) 5, essa percentagem tenha sido de 30,5% (2.110 adolescentes entre 15 e 19 anos, num total de 4.035 mulheres, enquanto, em 1992, tinha havido 177 adolescentes abaixo de 20 anos em 664 mulheres dessa amostra aleatória).

Outro aspecto a ressaltar nos dados de 1992 é que 58,6% do total acumulado eram mulheres abaixo de 25 anos, que representavam 212 casos de gravidez, ou quase 60%, com o que podemos demonstrar a presença elevada de mães jovens no período descrito (Tabelas 4 e 5).

Tabela 5

Taxa média de gestações por grupos etários de mulheres que receberam atendimento no NAP

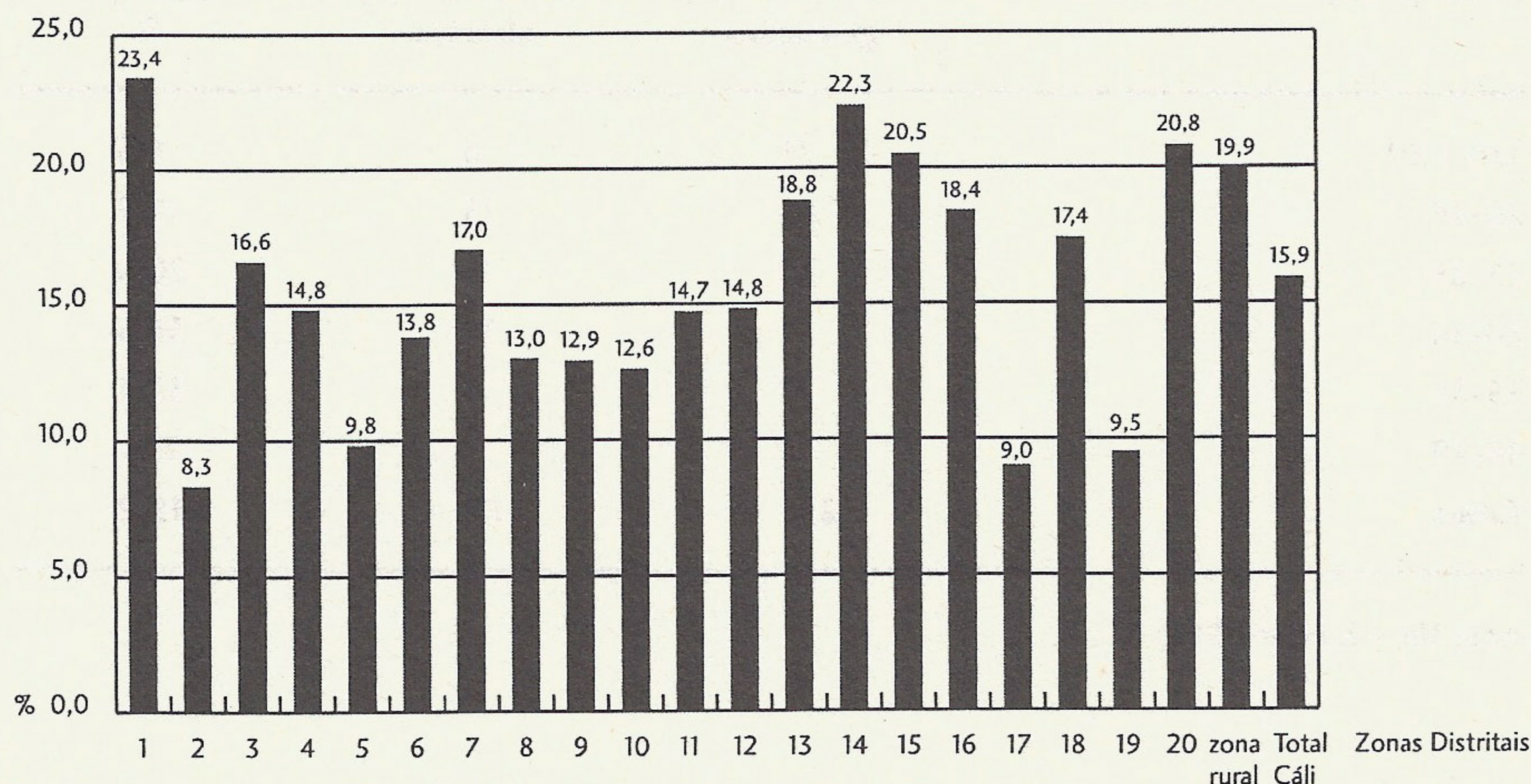
Anos	Taxa média
< 15 anos	1,8
15-17	2,03
18-19	2,04
20-24	2,33
25-29	3,24
30-34	4,02
35-39	4,12
40-49	5,0

Obs: Taxa média global de gestações: 2,9 (ajustada de acordo com o índice de abortos e filhos natimortos)
Taxa aproximada de parturição: 2,5
Taxa aproximada de fecundidade: 3,63
Fonte: Urrea & Rojas (1993).

Na Tabela 1, ao observar a percentagem de mulheres entre 15 e 19 anos com filhos nascidos vivos em Cáli, em 1998, por zona distrital, constata-se que foram as seguintes as zonas distritais com valores percentuais muito acima da média urbana (15,9%): a) as zonas distritais 1, 20 e 18 e a zona rural de Cáli, que configuram a região montanhosa da cidade; b) as zonas distritais 14, 15, 13, 16 e 7, que compõem a Zona Leste da cidade e nas quais se apresenta, como já foi assinalado, a mais alta concentração de negros. A única exceção mostrada pelos dados é a zona distrital 6, que faz parte desse segundo grupo de zonas distritais com maior participação da população afro-colombiana e tem um valor percentual inferior ao de Cáli. Em outras palavras, no final da década de 1990, as zonas distritais do leste exibiam o maior número de mulheres adolescentes com filhos, se levarmos em conta que a população dessas zonas distritais atinge pouco mais de 40% da população de Cáli, enquanto as zonas distritais das encostas tinham uma participação inferior a 25%. Este último dado reflete o fato de que a maior percentagem de adolescentes inscritas no programa de atendimento materno da Secretaria de Saúde Municipal de Cáli, em 1998, correspondia ao Silos 5, que abrange as zonas distritais 13, 14, 15 e 21 (atualmente), com 30,5% de mulheres de 15-19 anos.[10]

Gráfico 1

Percentagem de filhos de mulheres entre 15-19 anos em relação ao total de nascimentos por zonas distritais. Cáli, 1998

Zonas Distritais	%
1	23,4
2	8,3
3	16,6
4	14,8
5	9,8
6	13,8
7	17,0
8	13,0
9	12,9
10	12,6
11	14,7
12	14,8
13	18,8
14	22,3
15	20,5
16	18,4
17	9,0
18	17,4
19	9,5
20	20,8
zona rural	19,9
Total Cáli	15,9

Fonte: Salud en Cifras, Santiago de Cali, Secretaria de Saúde Pública Municipal, 1998.

Quanto às experiências de aborto induzido, os registros obtidos desde 1992 (Tabelas 6 e 7) mostram dados importantes. Por exemplo, nas percentagens de mulheres com experiência de aborto e nos índices de aborto em mulheres grávidas por faixa etária, dentre as atendidas no NAP de Marroquín-Cauquita, no Distrito de Aguablanca, ao contrário do que se poderia supor, não é o grupo de adolescentes que recorre com maior freqüência à prática do aborto; quem pratica majoritariamente esse método são as mulheres com idades

---

10 A média de Cáli está em 24,0%. Os valores relativos dos demais Silos foram os seguintes: Silos 1 (zonas distritais 1, 3, 19 e 20) — 24,4% de mulheres entre 15-19 anos; Silos 2 (zonas distritais 2, 4, 5, 6 e 7) — 9,4%; Silos 3 (zonas distritais 8, 9 e 12) — 27,3%; Silos 4 (zonas distritais 10, 11 e 16) — 25,4%; Silos 6 (zonas distritais 17 e 18) — 24,5%; Silos 7 (zona rural) — 17,5%. Tabela 71, "atividades de atendimento materno", *Salud en cifras, Santiago de Cali, 1998*, Secretaria de Salud Pública Municipal, 1999, p. 129.

Tabela 6

Percentagem de mulheres com experiência de aborto, conforme o grupo etário (entre as que receberam atendimento no NAP)

Idade (anos)	**Número de (1) gestações**	**Número de (2) abortos**	**(2) / (1) %**
Taxa < 20	71	6	8,5
20-24	89	15	16,9
25-29	55	11	20,0
30-34	41	15	36,6
35-39	12	4	33,3
40-49	3	1	33,3
Totais	**271**	**52**	**19,2**

Fonte: Urrea & Rojas (1993).

Tabela 7

Índice de abortos em mulheres grávidas por faixa etária (entre as que receberam atendimento no NAP)

Idade (anos)	**Número de (1) gestações**	**Número de (2) abortos**	**(2) / (1) %**
< 15	12	1	8,3
15-17	29	2	6,9
18-19	32	2	6,3
Taxa < 20	73	5	6,8
20-24	129	18	14,0
25-29	125	15	12,0
30-34	121	18	14,9
35-39	28	4	14,3
40-49	14	2	14,3
Totais	**490**	**62**	**Índice global 12,7**

Fonte: Urrea & Rojas (1993).

acima de 20 e 25 anos, certamente como forma de controle da natalidade. Isso fica ainda mais claro ao levarmos em conta que, nessa faixa etária, a maioria das mulheres é multípara, ou seja, teve uma ou mais experiências de gravidez e parto.

Zamudio (2000), em seu estudo sobre o aborto induzido na Colômbia, corroborou justamente os resultados da investigação de Urrea e Rojas, de 1993, sobre mulheres dos setores populares da cidade de Cáli com alta concentração da população negra, e confirmou que essa tendência se verifica no âmbito das grandes cidades colombianas. De acordo com essa autora:

> no conjunto de grupos de risco de aborto induzido destacam-se dois: as jovens abaixo de 20 anos, seguidas pelas de 20 a 25 anos e pelas mulheres de qualquer estado civil e qualquer idade que tenham mais de três filhos ou quatro gestações. Das que se encontram abaixo de 25 anos, 26,5% tiveram pelo menos uma gravidez e, destas, 44,5%, ou praticamente a metade, fizeram um ou mais abortos. No grupo seguinte, de 20 a 24 anos, 32,4% — o que também é uma proporção altíssima — fizeram pelo menos um aborto. Se considerarmos o aumento já assinalado nessas idades nos últimos dez anos, fica claro que o grupo de menores de 20 anos é um grupo especial de risco. (Zamudio, 2000: 107-108)

A percentagem de mulheres abaixo de 20 anos que recorreram a essa prática é de apenas 8,5%, com um índice de 6,8% de gestações interrompidas, comparada a uma percentagem de 36,6% no grupo de 30 a 34 anos, cujo índice é de 14,0%, e de 33,3% no grupo de 35 a 39 anos, com um índice de 14,3%. O menor índice de abortos em mulheres abaixo de 20 anos, nos dados processados, é compatível com as informações orais fornecidas pela equipe do NAP de Marroquín-Cauquita a propósito das gestações interrompidas entre as adolescentes. Segundo a equipe de saúde, as adolescentes não recorrem ao aborto com a freqüência que se poderia supor e, ao contrário, preferem assumir as conseqüências de ter um filho na condição de mães solteiras, às vezes apoiadas pelos pais, às vezes com o apoio dos pais do parceiro sexual (Urrea & Rojas, 1993).

Por último, cabe assinalar que o observado na cidade de Cáli, com as altas taxas de gravidez na adolescência, bem como em mulheres de 20 a 24 anos, em particular nas zonas distritais dos setores populares, é um fenômeno que já foi observado em escala nacional, conforme alertaram algumas análises recentes:

> os investigadores sociais assistiram ao aumento da fecundidade de adolescentes e mulheres jovens do país. Apesar das reduções observadas na taxa global de fecundidade nas últimas três décadas, a mais recente Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada pelo Profamilia em 1995, já mostrava sinais preocupantes, que permitiam prever que essa queda poderia deter-se ou até ser revertida, em virtude do aumento da fecundidade de menores de 24 anos, que começou a se fazer notar a partir dos anos noventa. Segundo um estudo do Departamento Nacional de Planejamento (DNP), publicado com o título *Salud Reproductiva entre 1990 y 1995*, o número de nascimentos por cada mil mulheres do grupo de 15 a 19 anos aumentou mais de 25%, enquanto subiu 4% entre as de 20 a 24 anos. (Explosión, 2000: 20-21)

Na mesma direção encontram-se os resultados dos estudos sobre gravidez na adolescência e aumento das taxas de fecundidade das mulheres abaixo de 20 anos, especialmente das adolescentes de setores populares, nos casos do México (Stern & Medina, 2000) e do Brasil (Calasanz, 2000). Na revista *Cambio*, aparece mais adiante:

> Em conseqüência do aumento do exercício da sexualidade pelas mulheres nas primeiras etapas do período fértil, bem como do volume de homens e mulheres em idade reprodutiva (aproximadamente 1/3 da população colombiana está abaixo de 25 anos), existe a possibilidade de que, a médio prazo, o país apresente um retrocesso na diminuição da fecundidade. Como resultado, a população continuará a aumentar (...). Uma tendência vegetativa da população [é] que o grupo que mais cresce seja o adolescente. Mas o aumento de sua fecundidade poderia ser evitado, se as condições sociais e de prestação de serviços houvessem continuado no ritmo em que vinham. O que elas fizeram, no entanto, foi decair. (Explosión, 2000: 20-21)

Padrões de uso dos métodos anticoncepcionais por zonas distritais de setores populares do leste da cidade, com presença de população negra

Por outro lado, e na mesma direção dos casos de aborto como método de controle da natalidade, ao se analisar por zonas distritais o uso de métodos de planejamento familiar, chama a atenção a altíssima participação da ligadura

de trompas, de acordo com os registros da Secretaria de Saúde Municipal. No Silos 5, nas zonas distritais 13, 14, 15 e 21, área de concentração da população negra na Zona Leste da cidade, apresentam-se as maiores percentagens de procedimentos cirúrgicos: quase 60% das ligaduras em Cáli são feitas ali, sob os auspícios do sistema municipal de saúde. O Silos 2 tem a segunda maior percentagem de ligaduras de trompas (28%), levando em conta que há nesse Silos duas zonas distritais com alta participação de negros (as zonas 6 e 7, na região leste da cidade, com setores de pobreza muito elevados). Nos demais Silos, a ligadura é menos importante.

Isso significa um uso perverso da ligadura de trompas nas mulheres negras e pobres, que, embora possam ter altas taxas de fecundidade ao chegarem a Cáli — por exemplo, no caso das mulheres migrantes da costa do Pacífico, com menos de cinco anos de residência em Cáli e um número já elevado de filhos (mais de três ou quatro) —, estão sendo condicionadas a optar predominantemente por esse método, inclusive com uma orientação quase obsessiva por parte dos funcionários dos setores de saúde públicos e privados[11] segundo essa perspectiva, até mesmo para as negras adolescentes ou adultas jovens com apenas um ou dois filhos.[12] Numa época em que esse tipo de programa anticoncepcional é praticado de maneira autoritária, não há condições jurídicas nem políticas para implementar a alternativa do aborto gratuito, em condições de assepsia e com apoio psicossocial para as mulheres pobres da cidade, embora, na realidade, como já vimos, o aborto seja um fator de mortalidade materna, em decorrência de sua repetição em condições de alto risco para a mulher.

É claro que outros métodos também são muito importantes no Silos 5, entre eles as injeções de hormônio e o dispositivo intra-uterino (DIU) (ver Anexo 2), com altas percentagens de utilização. Este último, aliás, é o mais utilizado nesse Silos (39%), mas ainda falta muito, por parte das autoridades sanitárias, para impulsionar de maneira mais decisiva as outras alternativas de anticoncepção à ligadura de trompas, nas mulheres pobres e negras da cidade. Sem dúvida, entre essas alternativas também seria preciso considerar o

---

[11] Por exemplo, o programa de planejamento familiar do Profamilia (Planificação Familiar Saúde Reprodutiva), entidade privada de âmbito nacional que, já se vão 30 anos, lidera as atividades de anticoncepção na Colômbia, ou as próprias empresas promotoras de saúde (EPS) para setores populares, surgidas a partir da Lei nº 100, de 1993.

[12] Informações fornecidas em caráter não-oficial e com precauções, dado o seu sigilo, por funcionários do setor de saúde municipal, bem como pelo testemunho de mulheres negras.

aborto, já que, como assinalou Zamudio (2000), ele também tem tido na Colômbia uma incidência importante na diminuição da fecundidade.

Na totalidade de Cáli, o método anticoncepcional mais generalizado, a partir do sistema público de saúde, é o DIU, com 40,5%, seguido pelo procedimento cirúrgico (ligadura de trompas), com 20,6%, e, em terceiro e quarto lugares, o uso de hormônios orais ou da camisinha. Os outros métodos têm baixa participação. Por outro lado, o Silos 5 (zonas distritais 13, 14, 15 e 21) é o que registra, com 39%, a maior utilização de todos os tipos de métodos, seguido pelo Silos 2 (zonas distritais 2, 4, 5, 6 e 7), com 25,3%; o terceiro é o Silos 1 (zonas distritais 1, 3, 19 e 20), com 17,2%. Os outros Silos têm baixas participações, inferiores a 10%.

Construção de sexo/gênero, práticas de sexualidade e saúde reprodutiva em jovens de setores populares da periferia[13]

No estudo de Urrea & Quintín (2000) aparece uma série de personagens, homens e mulheres negros abaixo de 25 anos em seus cenários de subúrbios pobres, através dos quais eles configuram suas imagens e seus papéis masculinos/femininos, seus papéis ou roteiros sexuais (sobre esse conceito e seu uso, ver Barker, 2000) e suas práticas de sexualidade e saúde reprodutiva, que se movem numa lógica complexa de relações desiguais de sexo/gênero, polarizadas em condições de pobreza e desigualdade social. A utilidade dessa incursão em torno do núcleo analítico da construção do sexo/gênero, aplicada no texto de Urrea e Quintín ao estudo das masculinidades, é a vantagem de poder captar elementos das práticas concretas e dos roteiros sexuais representados, ao lado das narrativas de práticas de saúde reprodutiva desenvolvidas pelos personagens, por seus parceiros e por outros agentes sociais com quem eles mantêm interações. Assim, os relatos que aparecem a seguir reforçam as constatações e os registros anteriormente citados e nos permitem ver, de maneira específica, as dinâmicas sociais em torno das quais se desenvolve a realidade dos jovens dos setores populares.

[13] Nesta seção, beneficiamo-nos de diferentes trechos do estudo de Fernando Urrea & Pedro Quintín (2000).

Iniciação sexual sem responsabilidade e estereótipos sexuais entre homens e mulheres

Julio Cesar Oviedo é um jovem negro de 18 anos, nascido em Cáli. Estudou até a oitava série e passou a maior parte de sua vida no bairro de Charco Azul. Para Julio, a iniciação sexual ocorreu em idade precoce, entre os nove e dez anos, quando ele manteve relações com uma menina da mesma idade, impelido pelo desafio que lhe fora feito pelos amigos que já haviam superado essa etapa: "lá na minha casa, com uma garota aqui do Charco, (...) antes, a gente meio que botava a cabecinha em cima dela e isso já era bimbar. Eu disse a ela pra gente ir bimbar, porque era assim que se dizia antigamente, vamos bimbar". Desde então, ele teve uma vida sexual muito ativa, da qual se ufana exageradamente. Diz, por exemplo, que "acredita ter atualmente três garotas grávidas" (coisa que outros amigos põem em dúvida).

Para Julio, o exercício da sexualidade com as mulheres é a maneira mais importante de demonstrar sua virilidade, razão pela qual ele não pode permitir que seus atributos pessoais sejam postos em dúvida na frente dos outros, pois o que fica em perigo é sua masculinidade, sua imagem de homem; e, ainda por cima, ele pode ser chamado de 'maricas'. Existe o temor de que uma mulher duvide de sua virilidade: "Aqui diziam que tinha um que era frouxo dos ovos?" "De gozação, não, nunca vieram com esse comentário, foi um vaca filha-da-puta quem disse isso (...) eu meto a mão nela, por que como é que ela sai por aí dizendo (essas) coisas?"

A procura sexual: entre a macheza e as práticas homoeróticas

Diego Biloncho, um negro solteiro de 24 anos, nasceu em Tumaco (Río Timbilí) e vive há 12 anos em Cáli. Mora em Sardi há seis anos, só estudou até a segunda série do ensino fundamental e trabalhou como operário não-qualificado na construção civil e como aprendiz de operário. Teve práticas homoeróticas num esquema de prostituição informal em cinemas pornô do centro da cidade, em geral com homens adultos de mais de 30-35 anos, brancos e mestiços, com os quais buscava a obtenção de renda: "Sim, já saí com *niches* (homens negros) e brancos, mas a maioria foi de brancos, principalmente no cinema Oro, que antes eu freqüentava muito". Ele também informa haver mantido relações especialmente com homossexuais mais velhos.

Segundo o entrevistado, fazer amor com outro homem não lhe tira a masculinidade, e o problema, antes, é de quem se deixa submeter, ou seja, o passivo é a mulher: "Se o sujeito está fazendo amor com outro homem, tudo

bem, já quem deixa que o outro faça com ele é mulher". Diego esclarece haver homens que se deitam com outros homens e têm suas famílias, e diz ter saído com homens assim, que lhe pediram que os possuísse. A iniciação sexual e a vida erótica e amorosa do entrevistado foram mais intensas com homens do que com mulheres, desde os 13e anos; aparentemente, saiu-se melhor com eles do que com as mulheres: "Eu não me viro assim (quando outros homens pedem), mas teve uma época que as coisas andavam mal com as mulheres, e aí eu saía muito, sim, quer dizer, eu sou um cara quente, e um cara me dava uma olhada qualquer e me levava pra casa, e às vezes, pra me satisfazer, eu ia".

Agora, ele comenta que está há algum tempo sem recorrer à prostituição informal, por causa do risco de contrair Aids: "É, mas agora já estou me isolando, agora o cara tem que se cuidar, por causa da Aids e tudo o mais". Mesmo assim, ele justifica os encontros ocasionais: "É claro, quando a pessoa é de confiança, tudo bem, mas só dá para comer se for de confiança, o cara tem que se cuidar". Isso chegava ao ponto de ele concordar em penetrar homens 'de confiança' sem preservativo: "É, mas já não ando confiando muito; o que me assustou foi a Aids, porque eu trabalhei numa instituição com doentes de Aids, e é duro ver as pessoas daquele jeito, e isso me fez pensar que eu precisava me cuidar".

Diego não teve qualquer relação amorosa com mulheres, mas apenas, como ele diz, "vacilos" (aventuras passageiras). Atualmente, tem uma 'namorada' mais velha. Assinala que não há razão para ela se inteirar de suas atividades eróticas com outros homens e que, no momento, dedica-se apenas a ela. Segundo o entrevistado, "não, eu não sei dançar, mas sigo o ritmo delas [as mulheres], mamãe me criou noutro ambiente". Diego nunca dançou com homens.

Relações desiguais de sexo/gênero sexual: a violência sexual contra a mulher

Diana Sánchez é uma negra de 19 anos com instrução secundária. Mora em Charco Azul. Gera sua renda graças ao desempenho do ofício de cabeleireira. Diana é uma jovem que teceu laços de amizade com jovens negros de nível universitário, que residem noutros bairros com um perfil de classe média baixa e média. Diz ela que, até hoje, não viveu qualquer situação de violência (pancadas ou estupro) com homens, mas que algumas de suas amigas sofreram casos de estupro em alguns bairros circunvizinhos e no próprio Charco Azul, por parte de rapazes do mesmo setor. "Sim, tinha uma que morava em Marroquín (bairro limítrofe), e um cara que chamavam de Tumaco, porque já o mataram, a agarrou e a violentou; outra garota de Sanin [bairro limítrofe], com quem quase já não saio, uns caras daqui, meio perversos, também

a violentaram." Para a entrevistada, os estupradores não são 'homens', e ela desconhece a razão por que algumas meninas preferem os rapazes das patotas: "Eles são o que pode haver de pior na vida; não são homens, são animais".

A sexualidade entre o idealismo e o pragmatismo

Carmen é uma negra de 16 anos que mora em Sardi, cursa a oitava série e, por ocasião da entrevista, provavelmente estava em seu primeiro mês de gestação, embora esse acontecimento não tenha surgido na conversa. Carmen teve sua primeira relação sexual quando ia completar 15 anos, fazia relativamente pouco tempo. Explicou que a relação havia ocorrido nesse momento, e não antes, porque "sempre me deu medo... ainda me dá medo! Ou seja, os namorados que eu tinha antes dos 15 anos... nunca me falaram disso. Que é que eu ia pensar? Eu não sabia nada disso. É, mas, sabe, a minha mãe, sim, ela falava comigo, e aí um dia estávamos assim e conversamos, e aconteceu o que aconteceu, mas eu nunca tinha pensado nisso". A mãe lhe "dizia que isso trazia uns riscos muito sérios, é, mas eu não pensava nisso".

Ademais, a virgindade tinha (e tem) importância para ela, porque, "por mim, eu digo que sim. Pra mim, ter a virgindade é muito importante porque, quer dizer... como é que eu vou lhe dizer?... É que não estou achando a palavra certa... Quando eu tinha a minha, eu me sentia como se fosse mais, melhor. Dizem que quando a gente não tem isso, a gente se sente livre, mas não é verdade. É melhor ter a sua: eu sei que o pessoal aprova, e a gente também se deixa levar pelas idéias dos outros. Quando não se tem mais [a virgindade], o pessoal marca a gente como uma pessoa qualquer, uma ordinária. Isso é uma coisa muito importante". Carmen prossegue: "Eu me arrependo, mas não tanto com a pessoa que me tocou... Queria chegar à igreja... Eu gostaria de me casar na igreja".

Vítimas ou algozes? As mulheres 'prejudicam' os homens

Ana Hilma Aguirre tem 18 anos e cursa a nona série. Está com quatro meses de gravidez de um jovem negro de Charco Azul, que é estudante e tem também a mesma idade, cursando a décima série. Embora conviva com a experiência próxima da violação de sua irmã (Estrella, que esteve presa na penitenciária feminina El Buen Pastor pelo assassinato do homem que tentou estuprá-la), a qual ela interpreta como uma experiência "feia, pavorosa", Ana acha que, em certas ocasiões, as mulheres é que se expõem a ser estupradas, por manterem mais de um relacionamento amoroso. "Às vezes, a culpa é das mulheres, por exemplo, num minuto ela está com o namorado, e depois, com

o amante, e às vezes o namorado também ajuda a praticar o estupro." Dessa maneira, Ana também explica por que os violadores "são uns prejudicados". Para Ana, a condição de "assanhadas" das moças é que motivaria os homens a "se prejudicar", isto é, a se transformar em estupradores.

Aprendendo a 'planejar' sem planejar

A mãe e a irmã de Ana, em suas conversas sobre sexo, ensinaram-lhe que o "planejamento" (termo usado pela entrevistada) tem suas vantagens e desvantagens na fertilidade da mulher: "É que às vezes é bom planejar, e às vezes não, porque quando a pessoa planeja tanto, muito, às vezes ela fica estéril". Desse modo, ensinaram-lhe que o melhor método de planejamento seria, supostamente, o "ritmo", que consistiria em, "quando a gente [a mulher] termina de ter relações, a gente pára, pega um copo d'água com limão e vira goela abaixo", o que, segundo ela relata, teria sido eficaz no caso de sua mãe e sua irmã. Entre outros métodos contraceptivos, ela diz conhecer o T (DIU) e as 'pastilhas' (pílula anticoncepcional). Antes de engravidar, confessa não ter usado qualquer método de planejamento.

Para a entrevistada, as mulheres que abortam não se "valorizam", uma vez que acha que é a falta de planejamento (nas mulheres) que leva à gravidez. Indagada sobre a razão de sua gravidez, ela responde que foi "porque isso lhe nasceu,[14] porque ela quis". Embora seja ainda muito jovem para ter filhos, ela diz que a gravidez é bem-vinda quando há um acordo mútuo entre o pai e a mãe, e dá a impressão de ter sido esse o seu caso. Sem nunca ter usado um preservativo, Ana diz não gostar deles e, quando fala de métodos de planejamento com seu companheiro, sugere a "injeção" como a melhor alternativa. Curiosamente, Ana começou a ter relações sexuais aos 18 anos[15] e, durante seu breve período de iniciação, diz não haver usado qualquer tipo de preservativo ou anticoncepcional.

Ela reconhece existirem vários lugares (casas) em Charco Azul onde se cobra para praticar abortos nas moças do bairro, entre as quais se encontram amigas suas, que acabaram hospitalizadas em decorrência de complicações causadas por abortos mal praticados, em condições de alto risco. Por outro lado, diz Ana que "não é a mesma coisa ter um filho e abortar", para expressar

[14] Porque foi sua vontade própria, sua opção pessoal.
[15] Isso chama a atenção porque, no contexto dos bairros pobres de periferia, essa é uma idade tardia para as mulheres iniciarem as relações sexuais.

a idéia de que a segunda alternativa é perigosa. Até o momento, durante seu período de gravidez, Ana diz não ter recebido de suas amigas a sugestão de abortar; ao contrário, elas lhe sugeriram que tivesse o filho.

Homoerotismo feminino no bairro

Diferentemente de Carmen e Diana, Ana reconhece a existência de lésbicas no bairro, dentre as quais tem algumas amigas — mas diz nunca haver recebido propostas eróticas delas. Para Ana, as mulheres lésbicas surgiriam porque "os pais as estragam" ou "porque elas gostam de ser assim". Diz também conhecer casos em que, depois de uma temporada na penitenciária feminina do Bom Pastor, suas amigas "começaram a gostar de mulheres e ficaram assim", segundo suas palavras. Ela comenta ter uma amiga que mantém relações sexuais com outras mulheres. Enquanto esteve na Bom Pastor, a irmã de Ana fez amizade com muitas detentas, mas, depois de sair (faz oito meses), não as visitou.

Percepções de negras e negros universitários sobre sexualidade, aspectos da saúde reprodutiva e projetos de vida

Interessados em confrontar as afirmações feitas por jovens de ambos os sexos, abaixo de 25 anos, residentes em setores populares, com baixa escolaridade e com um projeto de vida por definir, introduzimos na análise as opiniões de um grupo de estudantes universitários negros, rapazes e moças, com idades entre 20 e 25 anos, através das quais é possível discernir as diferenças ou semelhanças entre seus comportamentos sexuais e de saúde reprodutiva, suas expectativas e experiências frente a suas relações de sexo/gênero sexual, seus modelos de masculinidade/feminilidade e seus padrões de maternidade/paternidade. Inclui-se também nesse segmento um componente adicional de importância significativa, que é o dos estereótipos raciais e da relevância do imaginário sociocultural na construção das identidades sexuais, das condutas erótico-amorosas e do exercício e uso dos atributos físicos no desempenho de práticas de sedução entre pessoas de diversos grupos raciais.

Realizou-se um primeiro encontro entre quatro estudantes negras da Universidad del Valle: Stela, de 20 anos, é solteira e está cursando o primeiro período da licenciatura em Ciências Sociais; Sandra, de 20 anos, cursa o primeiro período de Sociologia; Clara é solteira, tem 24 anos e cursa o segundo período de Economia; e Mónica, de 24 anos, é aluna do décimo período de Ciências Sociais, solteira e mãe de um menino de cinco anos. Das quatro mu-

lheres, três residem em bairros de classe média baixa e muito baixa, em condições muito semelhantes às das mulheres entrevistadas da seção anterior, que discorreu sobre os jovens negros de setores populares da periferia. Nesse sentido, elas são mulheres que, através do sistema escolar, evitando abandonar os estudos e com um capital patrimonial tão escasso ou reduzido quanto o de outros jovens da periferia, conseguiram ingressar na universidade pública.

A vida sexual na universidade

Ante o tema da sexualidade no âmbito universitário, para Sandra, "em geral, sou procurada por [homens] indiozinhos, que me dizem palavras decorosas, agradáveis". Diz Clara: "Eu, por exemplo, um dia fui abordada por um senhor branco aqui na universidade e ele me disse: 'Ui, preta! Que boca provocante!', e gostei de ouvir isso de um homem branco, mas, definitivamente, há diferenças dos homens lá do bairro. Aqui, sim, eles se aproximam de um jeito distinto; o pessoal dos setores populares chega dizendo 'ei! vamos logo dar uma saída!'; aqui, pelo menos, não é essa a intenção que se mostra primeiro". Novamente, Sandra: "Ultimamente, tenho visto vários negros com mulheres arrumadas, eles já tendem a procurar mais branquelas do que negras, tendem a procurar namoradas brancas, e também tenho visto que os rapazes brancos procuram negras, e às vezes se ouvem os comentários de que eles as procuram porque as negras são muito fogosas, muito exóticas, e dizem assim: 'quem não se derreteria com os movimentos delas? É o que elas têm no sangue'".

Clara dá sua opinião: "Acho que os negros estão sempre buscando essa parte sexual, e supõe-se que isso seja muito importante; os mestiços e os brancos, ao contrário, não medem os relacionamentos pelo modo como se dão na cama com uma mulher; creio que aí existem diferenças, isso é o que eu acho". Diz Stela: "Os homens negros são muito atirados no desejo, enquanto os outros, ao contrário, pensam mais nos sentimentos, em como a gente se sente, como está". Mónica: "Acho que há muitos estereótipos e mitos de que os negros e as negras são diferentes no plano sexual, são mais bem-dotados". Sandra: "Eu tenho uma inquietação, que me surge um pouco quando olho as coisas no meu bairro, quer dizer, por que os homens negros têm tantos filhos? E sei que não foram relações só por afeto, mas para se divertir, pela satisfação do momento, e às vezes a raça branca não, e aí há menos filhos, menos relações, e então, bom, eu pergunto... que é que acontece? Não sei, não acho que eu prefira um negro a um branco, embora, ultimamente, esteja tendendo mais para os brancos".

Há uma concordância que a formação dos casais deve estar mais relacionada com a busca de satisfação, do sentir-se à vontade com a outra pessoa,

e que as características raciais passariam para o segundo plano, ou seja, os encontros devem ser mais bem pensados e estabelecer, em princípio, um compromisso de cada um com a outra pessoa, acima da cor da pele.

A maternidade na universidade

As estudantes concordam que a maternidade é quase incompatível com a vida universitária. Consideram que, com o passar do tempo, foram mudando de postura a respeito de serem mães e do número de filhos que querem ter, a ponto de pensarem em não conseguir ter nenhum, ou em não chegar a tê-los.

Clara: "Tenho uma postura muito radical em relação à gravidez; gosto muito de crianças, elas me parecem umas gracinhas e eu as adoro, mas, definitivamente, se eu puder evitar ter filhos por toda a vida, evitarei, porque, decididamente, acho que eles são um fardo muito pesado; acho que um filho praticamente tira a vida da gente; na verdade, acho que não terei filhos". Mônica declara que a experiência de ser mãe foi muito dura, por ela ter que relacionar sua vida universitária com a maternidade. Considera não haver assumido bem o seu papel diante do filho, talvez por ele não ter sido uma escolha, mas uma obrigação: "Bem, coube a mim ser mãe, isso é muito triste, mas é verdade, é uma coisa de obrigação e cabe a mim corresponder, e foi por eu não haver planejado, por não ter decidido, num dado momento, que eu queria tê-lo; esse é um duelo que tenho de travar com a liberdade de ser solteira; passaram-se cinco anos e acho que não elaborei isso". Stela: "Antes eu pensava em ter dois filhos, depois, um, e agora que entrei na universidade, estou pensando primeiro em terminar meu curso, preparar-me psicologicamente e ficar bem no plano econômico, e depois, sim, vou pensar nisso."

A corporeidade e os estereótipos raciais

As estudantes consideram que seus atributos físicos são uma vantagem em relação às mulheres mestiças, índias ou brancas, no momento de seduzir e chamar a atenção. Clara: "Nós, negras, temos por natureza o traseiro bem feito, e acho que os negros gostavam disso; bem, isso mudou um pouco, mas eles gostam de mulheres com bundas muito grandes, apesar de os estereótipos de beleza terem mudado muito". Stela: "Sim, acho que, por si só, o que caracteriza as negras é o corpo! Tive um namorado que me dizia: 'mas você não parece negra, não tem muita bunda'. É, as mulheres da raça negra são as que têm os seios melhores, o melhor traseiro e o corpo definido". Clara se expressa na terceira pessoa, curiosamente, para se referir às negras: "Enfim, acho que é

justamente isso que faz com que também nos vejam apenas como mulheres para o sexo, porque se supõe que seja isso que os atrai, uma bunda bem-feita, uma bunda bem grande, porque são elas as necessárias para o sexo. Por um lado, nós nos achamos muito bonitas com as nossas bundas, mas, por outro, somos um alvo perfeito para que nos procurem para praticar o sexo".

Quatro homens de classe média

Esse segundo grupo foi constituído por quatro alunos da Faculdade de Ciências Sociais e Econômicas que cursam os últimos períodos de seus cursos. César, de 27 anos, está no último período de Sociologia. Camilo, de 21, está no oitavo período de Economia. Carlos é estudante de Sociologia, e Andrés, de 24 anos, estuda Economia.

Uso do preservativo — Disse César: "Usei uma camisinha pela primeira vez aos 22 anos, já estando aqui na universidade. Foi aqui que tomei consciência". Camilo, que conhecia desde o ensino médio os métodos de planejamento familiar, considera que o preservativo é o principal método contraceptivo e que as doenças sexualmente transmissíveis são um risco. Ele recebeu informações em seminários educativos. Costuma usar o preservativo em suas relações sexuais, embora não o fizesse no começo, por considerá-lo incômodo: "Realmente, agora uso sempre a camisinha, virou uma espécie de hábito para mim; no começo, não, usá-la me incomodava e, além disso, eu não encontrava meu tamanho, achava que todo o mundo as fazia muito pequenas, que elas me asfixiavam; mas agora, não, descobri qual devo comprar e ela tira os riscos de cima de mim, não só de doenças, mas também da paternidade".

Relações sexuais inter-raciais — César: "Tive uma namorada mestiça em Bogotá, há muito tempo, mas, aqui na universidade, percebe-se que há uma prevenção nas pessoas, como uma resistência visual a ver casais formados por afros e mestiços". Carlos: "Eu diria que, em certos níveis, a relação é igual às que se poderia ter com pessoas afro, para falar do espaço acadêmico, mas, quando se passa para o plano sentimental, definitivamente há resistências, como mencionou o César". Andrés enfatiza que, segundo sua experiência na universidade, as relações entre afros e mestiços não são vistas com naturalidade por nenhum dos dois grupos, por causa da presença da discriminação: "No meu caso, quando chego a Cáli, sinto a discriminação; antes, eu nunca havia interiorizado isso; na minha sala, inclusive, a única pessoa afro era eu; fui logo me aproximando de outras pessoas negras no espaço do El Chuzo.[16] Esse espaço converteu-se num ponto de referência importante para as pessoas afro, e era um espaço predominantemente masculino". Andrés: "Tive uma

relação com uma garota mestiça aqui na universidade, mas foi muito curta, durou uns seis meses; além de fazer sexo, dividíamos outros espaços".

Para Camilo, na cidade de Cáli, a dinâmica de seus contatos sexuais tem sido limitada, por ele não ter uma parceira estável. Em geral, ele se relaciona com mulheres mestiças e negras, mas seus encontros se dão fora da relação amorosa: "Surge a oportunidade e se tem a relação [sexual]; dá-se mais tempo à pessoa por quem se sente alguma coisa, mais do que a outra com quem se sente menos". Disse ele ainda: "Considero que há diferenças entre elas. Na cama, a mulher negra é um pouco mais impetuosa, menos reprimida — em nossos termos, muito quente; a mulher branca se reprime mais, ou seja, nota-se a diferença, e assim, embora ela [a mulher branca] procure ser melhor, a negra é sempre diferente".

Os estudantes afirmam que, em termos gerais, a maioria das relações que estabelecem ocorrem com mulheres negras, tanto na universidade quanto fora dela; mas isso tem muito a ver com as pessoas com quem eles mantêm alguma relação de amizade. Isso significa que, aparentemente, não lhes interessa a busca de encontros sexuais com mulheres que estejam fora do círculo de amizades. Dois dos alunos socializam-se mais no plano inter-racial, enquanto os outros dois convivem mais com pessoas com a mesma cor da pele.

Gravidez e paternidade — Disse Carlos: "Aqui na universidade, há uma espécie de acordo no sentido de que, enquanto se está estudando, a proposta é: gravidez, não!!". César: "Conceber um filho não é só dedicar-lhe um a seis anos da minha vida, mas acontece também que o custo é muito alto em termos de tempo". Andrés: "Isso também passa pelos projetos de vida, porque a gente pensa em ter um nível mínimo de estabilidade antes dos filhos". Com respeito à paternidade e à maternidade, Camilo é de opinião que "a paternidade se converteria num obstáculo de certa magnitude neste momento. Quanto aos filhos, creio que eles se entrosariam com a minha vida, mas quando houvesse uma adequação econômica, e acho que eu gostaria de ter dois".

Homossexualismo masculino — Disse César: "Diante do homossexualismo, há certos níveis de tolerância, certos padrões éticos de respeito, mas, na universidade... a coisa é pesada. Não há uma postura homofóbica, mas, por causa da situação cultural, há uma certa resistência ao homossexualismo nas

---

16 El Chuzo [O Chicote] foi uma cafeteria dentro da Universidad del Valle cujo proprietário era um negro (Marcos) que fizera estudos de química. Funcionou desde o final da década de 1980 até 1997. Durante vários anos, ela se transformou num ponto de encontro para alunos negros, que se reuniam e faziam debates sobre temas e vídeos de perspectiva étnica e racial, que eram projetados no local.

pessoas afro". Andrés: "Essa situação não é semelhante para homens e mulheres. Ao que parece, aceita-se mais que uma pessoa não-afro seja homossexual". Carlos: "Fora da universidade, há uma persistência dos estereótipos, o homossexualismo nos afros é visto como uma aberração, e, na universidade, continua a haver uma certa repulsa". Camilo comentou: "Minha maneira de pensar sobre o homossexualismo é que essa é uma forma de vida, acho que eles encontram certo prazer nisso, e eu os tolero e respeito sempre, desde que não me sinta pressionado; mas eles estão no seu direito de se insinuar". E prosseguiu Camilo: "Não tive experiências homossexuais, mas, no batalhão, tive uma aproximação com um companheiro que sempre se insinuava a nós; mas nunca houve relação sexual, porque eu tinha saídas regulares, porque prestei o serviço militar aqui na cidade".

Estereótipos raciais e papéis sexuais — Carlos afirmou: "Bem, em termos gerais, considero que nos enquadram num determinado papel e, se a gente está noutro espaço, não acreditam em nós, põem em dúvida a nossa capacidade". César: "De minha parte, fui abordado por mulheres brancas, na universidade, que diziam querer saber como fazemos sexo; ou seja, consideram o sujeito como um objeto, e há os mitos de que os negros têm o pênis grande. A gente procura esvaziar isso... mas... é mesmo, dão muita credibilidade a isso, sim! Como se o sujeito fosse um objeto!". Camilo: "Geralmente, ouve-se as pessoas dizerem que os negros têm o negócio grande e, por exemplo, alguns de meus colegas negros da universidade dizem às mulheres que os negros podem ser especiais, por causa do tamanho. No futebol também se diz que o sujeito é bom jogador por ser negro... Algumas mulheres, depois da relação, falam que é com razão que dizem que os negros transam muito gostoso, mas não sei se foi por isso que se aproximaram, no começo. Não tenho certeza".

Programas de saúde reprodutiva entre adolescentes negros de setores populares na cidade de Cáli

O tema da saúde sexual e reprodutiva tem sido abordado por instituições de saúde como a Secretaria de Saúde Pública Municipal, pelo setor privado, especialmente a partir do Profamilia e de algumas organizações não-governamentais, e pelas organizações locais que desenvolvem um trabalho em diferentes bairros da cidade. As que nos interessam em particular são as que operam em alguns bairros das zonas distritais 13, 14 e 15 do Distrito de Aguablanca, assim como em outras áreas da Zona Leste da cidade. Nesta seção, procuramos fazer um esboço das principais características de alguns desses

programas nas zonas distritais citadas e problematizar suas limitações, sem por isso ter a pretensão de realizar uma avaliação de impacto.

A Secretaria de Saúde Pública Municipal envidou esforços importantes para abordar o tema da saúde sexual e reprodutiva, através de programas de divulgação e prevenção criados pela Lei nº 100, de 1993, e regulamentados pela Resolução 412 do Ministério da Saúde e pela Resolução 3.318 do Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde. Seguindo essas diretrizes, a Secretaria de Saúde Pública Municipal vem desenvolvendo, desde o começo da década de 1990, o atendimento de adolescentes e adultos jovens, compreendidos entre 10 e 24 anos de idade. Esses programas visam à identificação precoce das "alterações do adolescente e do adulto jovem" (identificar patologias e fatores psicossociais que possam afetar a saúde dos adolescentes e adultos jovens), através de ações de prevenção de maus-tratos, de planejamento familiar e de controle pré-natal.

Dentro dessa perspectiva, embora a Secretaria de Saúde tenha concentrado seus esforços em alguns dos setores mais pobres da cidade, no que se refere ao caso particular dos bairros da Zona Leste situados nas zonas distritais 6, 7, 13, 14, 15, 16 e 21, bem como nas das encostas (zonas distritais 1, 18 e 20), ela não tem levado em conta fatores como a exclusão social, a discriminação racial, as condições de escolaridade e a perspectiva do gênero sexual. Não obstante, é preciso reconhecer que, de certa maneira, nos últimos cinco anos, procurou-se diminuir essas limitações, no intuito de construir propostas de intervenção com elementos que ultrapassem o componente clínico. Isso se reflete no Programa de Atendimento Integral do Adolescente e em outras iniciativas de caráter interinstitucional, como a rede de promoção de boa conduta e projetos com organizações privadas e locais.

A ausência da perspectiva de classe, raça e gênero sexual nos programas de atendimento reflete-se no tratamento que as usuárias e os usuários dizem receber do pessoal de saúde, no qual, em certa medida, seus comportamentos e suas práticas de saúde reprodutiva são recriminados e valorizados de maneira depreciativa. Isso também se reflete nas campanhas institucionalmente realizadas em associação com o Profamilia nas quais se faz uma referência destacada aos métodos de esterilização das mulheres, mas não aos dos homens, enfatizando-se particularmente as mulheres negras. Essa situação é demonstrada no relatório epidemiológico no qual constatamos que o método cirúrgico aparece como a primeira alternativa para as zonas distritais de maior concentração de negros. Embora a proposta dos métodos de esterilização seja um elemento importante para as mulheres multíparas, seria recomendável que também se enfatizassem outros meios anticoncepcionais para as mulhe-

res e os homens, com conteúdos educativos no planejamento da vida, incluindo a opção do aborto seguro, mediado pela legalização jurídica dessa prática.

A tendência a priorizar o método anticoncepcional cirúrgico para as negras de setores populares de diferentes grupos etários, inclusive adolescentes com um ou dois filhos, reduziu, por sua vez, as outras alternativas para as mulheres negras da Zona Leste da cidade, como se, no imaginário compartilhado pelos funcionários de saúde e pelas mulheres, somente esse método fosse valorizado. Por essa razão, as vasectomias raramente são divulgadas e promovidas, assim como outras opções anticoncepcionais femininas, mediante o argumento da maior eficácia e de menores custos da ligadura de trompas. Essa tendência tem como correlato incidental a ampliação das desigualdades para as negras jovens e adultas em idade fértil, em termos de sua vida reprodutiva e do desenvolvimento de sua sexualidade.

Essa política pública, por sua vez, fomenta o estereótipo da maior fecundidade das negras e se apóia nele para não elaborar programas com outras alternativas, os quais incluiriam, necessariamente, um componente de eqüidade entre os gêneros e de auto-estima racial. Nesse sentido, para as negras jovens dos setores populares, a principal escolha de método anticoncepcional continua a ser, infelizmente, a opção cirúrgica, desde que elas tenham tido uma gestação, sem que haja maiores estímulos, por parte dos órgãos públicos e privados que executam os programas de planejamento familiar, para outras formas de exercício da sexualidade sem risco de gravidez. Pelo que já foi exposto, paradoxalmente, também se poderia sugerir, a título de hipótese, que de fato existe uma política anticoncepcional pública e privada com uma ênfase racial, mas discriminatória, que afeta negativamente as mulheres negras dos setores populares no livre exercício de sua sexualidade e sua maternidade.

Por outro lado, associando-se às carências manifestas, constatamos que a intervenção sanitária de caráter social e os próprios programas de atendimento básico têm sido afetados pela grave crise fiscal que o município atravessa, chegando ao extremo de diminuir as coberturas já baixas de atendimento, em decorrência do desligamento de um bom número de funcionários que trabalhavam em diferentes programas, quer na condição de pessoal dos projetos, quer como contratados. Entre os programas mais afetados estão os das DST e do HIV-Aids, agudizando-se até a cobertura dos próprios registros epidemiológicos nas zonas distritais mais pobres da Zona Leste e das encostas de Cáli. Mas a situação é ainda mais grave, devido ao fechamento de uma série de centros e postos de saúde públicos em bairros populares, a pretexto de racionalizar os gastos públicos com a saúde. Isso tem levado à deterioração da cobertura básica de saúde para a população mais pobre e à desarticulação de alguns

programas de atendimento dentro do modelo de focalização dos serviços, particularmente na saúde, como o Sistema de Seleção de Beneficiários de Programas Sociais (Sisben), supostamente voltado para as camadas socioeconômicas 1 e 2 da população e em funcionamento a partir da década de 1990. Nesse contexto, os recursos para os programas de sexualidade e saúde reprodutiva, com exceção dos de esterilização feminina, têm sofrido cortes dramáticos.

As atividades de organizações privadas como a Fundação de Apoio a Programas de Saúde (Fundaps), realizadas nos moldes da perspectiva anterior, contemplam particularmente uma visão do jovem como "sujeito atuante em sua comunidade, capaz de interagir com ela e de construir o futuro". Todavia, tal como no já citado caso da Secretaria de Saúde, constatamos nos objetivos e programas operacionais uma falta de consideração das perspectivas de gênero, raça e classe, bem como das condições de segregação sociorracial.

Entre as organizações locais de jovens negros, duas podem ser mencionadas em particular: uma delas é a Mulheres Ativas para um Mundo Melhor (Mafum), grupo formado por negras com nível de escolaridade secundário e pós-secundário, as quais residem e atuam nas zonas distritais 13, 14 e 15 no desenvolvimento de processos de educação sexual para estudantes jovens (de ambos os sexos), em sua maioria negros. Essa organização apareceu na década de 1990, através do impulso de dinâmicas geradas por outras organizações de auto-estima racial, baseadas em políticas culturais vinculadas à música entre os negros jovens do Distrito de Aguablanca, em particular o grupo Ashanty (Associação Etnoeducativa Afro-colombiana Ashanty), que gera um processo organizativo dos jovens negros de diversos bairros da zona distrital 13. Recentemente, surgiu um segundo grupo local que trabalha a problemática da sexualidade adolescente: o Missão Mista, que se desvinculou do Mafum, com uma frente de trabalho em aspectos da saúde reprodutiva no bairro de Belisario, na zona distrital 13.

Os recursos dessas organizações locais sempre foram escassos, com uma capacidade técnica reduzida, sobretudo quanto ao pessoal médico da área de saúde, e com uma cobertura e uma incidência desconhecidas, já que não existem avaliações a esse respeito. É possível que o impacto dessas organizações nos comportamentos de saúde reprodutiva de crianças e adolescentes não tenha podido consolidar-se, em decorrência da dispersão dos esforços e das atividades em frentes diversas, visando a sua sobrevivência, embora grande parte das atividades tenha se realizado no meio escolar. Essa tem sido, particularmente, a experiência do Mafum. Seja como for, essas organizações apresentam uma abertura para as dimensões de eqüidade dos gêneros sexuais, auto-estima racial e descoberta de novos comportamentos e papéis masculinos e femini-

nos, além de terem grande sensibilidade para a problemática da pobreza e da exclusão social, relacionadas com as formas concretas pelas quais os jovens vivem a sexualidade e a saúde reprodutiva nos bairros populares.

Inserção social, sexualidade, saúde reprodutiva e gênero: continuidades e descontinuidades entre os jovens negros[17]

Tendências sociodemográficas e os padrões de saúde reprodutiva em Cáli

Os diferentes indicadores referentes à saúde reprodutiva permitiram ampliar a análise da dimensão sociodemográfica dos setores populares com alta participação da população negra, e quase que observar, com certo nível de detalhe, alguns aspectos que incidem na própria estrutura populacional jovem (por exemplo, o alto número de gestações na adolescência e, por isso mesmo, o alto risco associado de as adolescentes engravidarem). Permitiram, também, observar os vínculos entre uma série de episódios de DST e HIV-Aids e aspectos referentes à baixa cobertura dos registros nas zonas distritais pobres com alta concentração de negros, e, portanto, a baixa atenção da saúde pública para a população negra pobre da cidade, em diferentes campos de morbidez e mortalidade. Ao mesmo tempo, analisou-se o uso reduzido de métodos anticoncepcionais, com exceção da esterilização de mulheres negras, inclusive adolescentes com um ou dois filhos, e, assim, os riscos de gravidez precoce, DST e HIV-Aids em função do baixo uso de preservativos, seja por força de informações reduzidas ou incompletas, seja, acima de tudo, pelos modelos masculinos hegemônicos que predominam nas regiões muito pobres, os quais enfatizam a virilidade e a subordinação da mulher.

Com respeito às classes médias negras e aos universitários entrevistados, alguns deles — três mulheres —, embora procedentes de setores da periferia, à semelhança de nossos entrevistados que abandonaram os estudos, supostamente apresentam uma alternativa em suas práticas de sexualidade e saúde reprodutiva. Na realidade, seus padrões reprodutivos tenderiam mais a se relacionar com o futuro, pelo que mostram os dados demográficos dos indicadores relativos ao segundo, terceiro e quarto quintis: tamanho médio me-

---

[17] Nesta seção, retomamos novamente uma parte substancial do estudo de Urrea e Quintín sobre as formas de masculinidade dos jovens da periferia, realizado para a Fundação Carlos Chagas.

nor das famílias, aumento percentual de famílias nucleares completas e, eventualmente, de domicílios unipessoais, quase todos com indivíduos de profissões liberais. Em todos esses casos, a educação universitária parece desempenhar um papel-chave nas mudanças dos padrões de saúde reprodutiva, em virtude do efeito do projeto de vida profissional.

Por outro lado, vale a pena ressaltar que os processos sociodemográficos e de saúde reprodutiva observados na população negra dos setores populares de Cáli, particularmente no que concerne aos adolescentes e adultos jovens, não são atípicos, mas, ao contrário, fazem parte de tendências gerais dos países latino-americanos e de outras sociedades: trata-se de populações jovens urbanas, como assinalamos em diferentes referências a estudos de diversas partes do mundo.

O dilema do sistema sexo/gênero e as relações de gênero

Em termos da identidade do gênero sexual, o modelo hegemônico (sistema de sexo-gênero) que parece predominar entre os jovens varões das zonas muito pobres é rígido, no sentido de não admitir situações ambíguas: as mulheres 'igualadas' são repelidas, da mesma forma que são reiteradas as expressões discursivas homofóbicas. A proximidade de indivíduos de cuja masculinidade se duvide é tida como perigosa: persiste o temor de o rapaz vir a ser socialmente identificado com eles. Pois bem, existem certas possibilidades de jogo com esse modelo: até os jovens mais 'durões' admitiriam manter relações homoeróticas, desde que elas não implicassem ser 'penetrados', especialmente no caso das relações que envolvem dinheiro, nem assumir a posição passiva, percebida como a posição feminina; já o sujeito que penetra continua a manter o lugar dominante na relação homossexual.

Nos universitários de ambos os sexos, aparentemente haveria uma mudança significativa em relação ao grupo anterior, no que concerne à construção das relações homem-mulher e à formação de casais heterossexuais. Poderíamos pensar, com um otimismo moderado, que há uma empatia a propósito das relações de casal, com alguns indícios de eqüidade de gênero. No mesmo sentido, haveria uma aparente abertura e flexibilidade na articulação das relações sexo/gênero, manifesta numa atitude tolerante para com os comportamentos homoeróticos, desde que, bem entendido, estes não os impliquem nem os comprometam num jogo amoroso.[18] Por outro lado, os universitários reconhecem a

[18] Pelo menos tal como manifesto na vida pública, diante do grupo de pares.

associação étnica entre homossexualismo e homem ou mulher negros e, embora não necessariamente a compartilhem, têm que aceitá-la 'oficialmente'.

Em linhas gerais, ao avaliar boa parte de nossos depoimentos, relatos de personagens com masculinidades hegemônicas e intermediárias, e até marginais, concordamos com Viveros & Cañón (1997: 137), quando eles concluem que:

> a análise dos eixos narrativos, dos ritos de iniciação e das provas de virilidade dos homens entrevistados deixa claro que, nesse grupo etário [não devemos esquecer que, no estudo desses autores, trata-se de homens com mais de 40 anos], a masculinidade constrói-se unicamente em referência à competência, à rivalidade e à possibilidade de conflito com outros homens. As mulheres só estão presentes em suas narrativas como seres a quem é preciso proteger, ou como objetos de prazer. Em sua subjetividade, as mulheres não lhes são equivalentes, razão por que o lugar destinado a elas em seus relatos tem como efeito confirmar a supremacia masculina e manter as mulheres numa posição subalterna e desvalorizada (...) os depoimentos colhidos mostram que o imaginário desses varões, no que concerne à masculinidade, atribui um lugar preponderante à exibição da potência e do rendimento sexuais e à apresentação deles como seres eminentemente sexuais.

Haveria uma diferença significativa em relação à descrição anterior, que tem a ver com fatores de classe social e, certamente, de extrema exclusão das figuras masculinas entre os jovens dos bairros pobres populares. No caso dos jovens universitários, é possível que estejam surgindo mudanças importantes nas novas gerações de homens de classe média, com certa perda da importância dos referenciais trazidos por Viveros e Cañón, hoje em dia, para uma geração que talvez seja a dos pais dos atuais universitários negros.

Os relatos que colhemos de jovens da periferia (homens e mulheres) permitem-nos definir, nos setores populares, uma imagem masculina protetora da mulher, no sentido da demanda que ela faz em sua percepção do homem. Contrariando isso, as mulheres são espancadas[19] e submetidas à violên-

[19] A violência entre os gêneros nas classes populares, na qual as mulheres quase sempre levam a pior, também deve ser relacionada com a violência intergeracional. A esse respeito, são úteis as observações de Fuller (2000) sobre o recurso ao castigo físico e seu uso mais freqüente nos setores populares do que nas classes médias. Isso é importante, porque tanto os homens quanto as mulheres, entre nossos entrevistados, informaram sobre a relativa freqüência com que os rapazes jovens batem em suas amigas (namoradas, amantes ou companheiras).

cia psicológica e simbólica, bem como a outros tipos de abusos (estupro), por parte de alguns jovens. De resto, há amplas semelhanças nos relatos que apresentamos, assim como nos dados do estudo de Urrea e Rojas sobre abusos sexuais e violência. Neste caso, devemos recordar que parte dos abusos sexuais que envolvem a violência foi vivida por adolescentes do sexo masculino.

Masculinidade e paternidade adolescente: fatores cumulativos da exclusão *versus* opções de mobilidade social nas classes médias

Um elemento que não se pode deixar de lado é a incapacidade de exercer o papel de provedor econômico entre nossos jovens dos bairros muito pobres. Presume-se que isso seja conseqüência das precárias condições de vida de suas famílias e, em geral, de toda a periferia, sem que por isso eles percam sua 'hombridade'. O próprio Olavarría (2000: 159, 161) assinalou que:

> um paradoxo no campo da paternidade da masculinidade hegemônica é ter um filho e não exercer a função paterna nem sentir-se pai. A paternidade patriarcal que se nutre desse modelo não só permite que os homens tenham filhos e não sejam pais, como também, além disso, dá-lhes argumentos, provê os sentidos subjetivos e os socializa em suas práticas (...). Nessas situações, o homem, muitas vezes adolescente ou adulto jovem, tende a não se sentir comprometido com a parceira e menos ainda com o possível filho. Por isso, não vê razões para corresponder a uma paternidade que sente como incerta e difusa. Todavia, desinteressar-se de um filho que se teve na adolescência não implica que isso não tenha conseqüências posteriores no varão.

De acordo com o que foi relatado antes, poder-se-ia dizer que a 'irresponsabilidade' faz parte dos jogos amorosos e eróticos entre mulheres e homens. O discurso masculino dominante é que "elas se deixam engravidar", "elas não se cuidam", ou, "se não querem ficar grávidas, por que elas não se cuidam?".

Por outro lado, Viveros & Cañón (1997: 403) afirmam, a partir de seu estudo com homens negros de classe média em Quibdó:

> (...) a necessidade de ir modificando esse lugar de pai ausente que foi destinado ao homem negro na Colômbia. Também existem famílias, como a santanderiana, nas quais a ideologia da virilidade é muito forte e a honra e a virgindade são temas importantes. Em contrapartida, esses mesmos te-

> mas têm pouco valor nas culturas caribenhas e do Pacífico.[20] A zona andina, por seu turno, tem suas próprias particularidades. Esses exemplos mostram que, efetivamente, *as formas familiares têm uma relação direta com a construção social da paternidade e da masculinidade.* (grifos nossos)

Apoiados, precisamente, nos modelos das famílias a que pertencem e na influência que elas exercem na construção da paternidade/maternidade e da masculinidade/feminilidade, os jovens universitários de ambos os sexos, entrevistados nesta pesquisa, estariam numa situação diferente, que reavalia o estereótipo formulado por Viveros e Cañón em seu estudo. Esses jovens questionam o modelo e o exercício de paternidade ausente de seus pais e avós, com relação ao número de filhos gerados e ao vínculo afetivo que se estabelece com a prole; por isso, o modelo se perpetua ou é reavaliado, de acordo com a valoração positiva ou negativa que se faça dele.

Com base nos testemunhos dos rapazes universitários, a virilidade não está associada ao número de namoros e de filhos que se possa ter, mas a um projeto de família planejado, que abarque a estabilidade econômica e profissional. Frente ao modelo de paternidade, eles aspiram a ter uma participação significativa como pais na criação dos filhos.

Em segundo lugar, como afirma Viveros (2000: 193):

> a cada momento do ciclo de vida, os homens (da Colômbia) são, a um tempo, *transgressores* (os *'cavalos'*, no linguajar de nossos personagens) e *cumpridores*. Ou seja, faz-se presente o exercício da responsabilidade, bem como o desejo do risco e de exibir as proezas sexuais. Todavia, à medida que se avança no ciclo de vida, vemos que se privilegia mais o papel de cumpridores, que está relacionado com a responsabilidade, e menos o das proezas sexuais. (grifos nossos)

Matizando os ciclos de vida e as condições socioeconômicas entre os jovens dos setores populares e os estudantes universitários, isso significa, no

[20] A virilidade é um componente básico da masculinidade dos jovens negros entrevistados que vivem na periferia, e que compartilham o modelo das masculinidades hegemônicas ('machões' versus 'sadios'), mas também foi observada nos relatos das mulheres dos bairros muito pobres em sua representação dos homens, com exceção de Diana. Inversamente, para as mulheres negras universitárias, inclusive as que moram nos mesmos bairros populares, a virilidade não constitui um atrativo nos homens, podendo até ser um elemento negativo.

nosso caso, que, no exercício da masculinidade, para cada um desses grupos, estariam sendo privilegiadas etapas diferentes — a etapa de 'transgressores', entre os primeiros, e a de 'cumpridores', entre os últimos.

Os jovens da periferia popular, em virtude dos problemas da violência e das práticas de sobrevivência associadas à busca ilícita de recursos e às condições de marginalidade social de que eles padecem, têm expectativas de vida[21] muito menores do que os adolescentes de outras classes sociais e contam apenas com uma possibilidade precária de inserção social. Essa situação influenciaria os padrões de paternidade, de modo que a prole seria a forma de assegurar a continuidade, a 'semente' através da qual o adolescente se perpetuaria nos filhos que tivesse com as parceiras conquistadas. Mais uma vez, cabe julgar aqui o componente de virilidade de uma sociedade hipermasculina, num contexto de forte exclusão social e segregação urbana. Não só existe um risco maior de morte violenta para esses jovens, como há também o de contrair DST ou de ser infectado pelo HIV-Aids, além da gravidez.

Contudo, ao situarmos o tema da paternidade adolescente em nossos entrevistados dos bairros miseráveis (homens e mulheres), observamos que o enorme risco da gravidez adolescente — na lógica do 'cavalo' ou 'transgressor' — deve espelhar-se numa perspectiva relacional. Com o formulou adequadamente Olavarría (2000: 211):

> atualmente, se não fizermos estudos relacionais, não poderemos conhecer algumas situações, como o problema da maternidade e da paternidade adolescentes. Nestes, os problemas da identidade de gênero e da relação de gênero são fundamentais, porque esse é o lugar mais desenfreado, uma vez que os jovens vêem-se compelidos a corresponder ao modelo hegemônico, que define sua sexualidade como incontrolável, e as mulheres identificam-se muito com a necessidade de satisfazer, de dar prazer aos varões.

Métodos de planejamento e de prevenção de DST

Outro elemento que chama a atenção de maneira indistinta, entre os homens e as mulheres da periferia, é a preponderância do repúdio ao uso do preservativo como mecanismo profilático contra as DST, o HIV-Aids e as ges-

---

[21] Nos dois sentidos, em termos demográficos e em termos de expectativa como percepção do futuro. O que nos interessa neste ponto é a segunda consideração, embora esteja claro que ela se apóia na dimensão demográfica objetiva.

tações indesejadas. Esse dispositivo é considerado um elemento inibidor da sensibilidade e do êxito na relação, tal como se enuncia por experiência ou por preconceito. Em certos espaços, os jovens dizem que "com a camisinha não se sente a mesma coisa". Por conseguinte, privilegiam o prazer, o contato da pele e o gozo, mais do que o sexo seguro.

Pois bem, os jovens universitários entrevistados assumem, ao que parece, um comportamento diferenciado a respeito do uso da camisinha, sejam eles homens ou mulheres. Neles, os depoimentos privilegiam o fator de risco, principalmente de gravidez e, em menor grau, de DST e HIV-Aids.

É possível afirmar que a não-utilização do preservativo, além de estar ligada à percepção do prazer na relação sexual, obedece a limitações em relação ao conhecimento adequado do tema, uma vez que as primeiras informações divulgadas em torno do flagelo da Aids continuam a se relacionar, de maneira quase exclusiva, com práticas de prostituição. Portanto, mesmo passados vários anos, essa informação sonegada permanece no imaginário dos jovens e adultos de diferentes camadas sociais, que associam a enfermidade com a orientação sexual, as condições socioeconômicas ou o aspecto físico da parceira sexual.

Figuras femininas subalternas: o par 'cachorra'/'pura' *versus* a mulher 'igualada' nos bairros populares e nas práticas da sexualidade

Vejamos o caso das imagens das mulheres que reproduzem, num plano de subordinação, os pólos e as contradições dos homens. A dicotomia da imagem que os homens têm das mulheres parece reproduzir a lógica com que se organizam as imagens feitas sobre os diferentes tipos de homens. O par 'cachorra'/'pura' seria equivalente a figuras que fazem parte do bairro, e é preciso interpretá-lo num contexto socioantropológico mais amplo. Talvez valha a pena relembrar a referência de Norma Fuller (1997) ao caso dos homens das classes médias peruanas — especialmente os socializados nos anos 1970 e, em menor grau, nos 1980 —, entre os quais a autora estabelece três grandes tipos de relações com as mulheres: de namoro com a amada (da mesma hierarquia de classe/raça), de sedução com as amantes e das conquistas provisórias (de hierarquia inferior) e instrumentais com as prostitutas (marginais quase externas à hierarquia). Entretanto, só a primeira dá origem a uma tensão e uma competição com o grupo de pares. As outras duas formas de relações inserem-se facilmente nas atividades do grupo: as conquistas dão lugar a fan-

farronadas e à demonstração das habilidades e dos dotes pessoais dos jovens. Já as prostitutas fazem parte da etapa de iniciação sexual, atividade esta que costuma ser realizada em companhia dos amigos.

As mulheres 'igualadas' (expressão usada pelos jovens da periferia) referem-se àquelas que pretendem se comportar como homens em diversos planos: no trabalho (atividades 'masculinas' agora exercidas por mulheres, enquanto os homens realizam trabalhos 'femininos'), na tomada de decisões domésticas (a mulher como chefe da família, mesmo havendo um homem presente) e nas iniciativas eróticas e no cortejar sedutor do homem (com a mulher desempenhando o papel ativo no amor e no erotismo), que são um desafio à capacidade amorosa e erótica masculina (a mulher exige do parceiro sexual que ele a faça sentir prazer na relação) — atividades tidas como exclusivas dos homens, como no caso da sedução e da conquista, são agora assumidas pelas mulheres.

Essa caracterização, feita pelos homens jovens da periferia sobre o desafio representado pelas mulheres, o que lhes aponta um alto risco de perda de poder dentro do sistema dominante do gênero sexual, pode ser interpretada como uma nova imagem subversiva da masculinidade hegemônica. Mas também ronda entre os jovens o temor de que as mulheres os desmascarem, dentro do grupo de pares, no que tange às suas aventuras amorosas, ao desafiá-los em sua capacidade amorosa e erótica. Os 'vacilos' constituem uma forma de relacionamento entre homens e mulheres pela qual a dominação masculina é questionada, apesar dos discursos manipulados pelos jovens sobre seu comportamento de 'cavalos' (ou 'transgressores', cf. Viveros & Cañón, 1997).

Para os homens e adultos jovens dos bairros muito pobres, as figuras masculinas são hegemônicas e inquebrantáveis, de tal forma que a autoridade da mulher não supera a do homem, mesmo que seja ela quem sustenta a família (como no caso de Julio César). Na família desses personagens, existe um modelo de homem representado pela figura e pela autoridade paterna, que está ligado ao pai, ao padrasto, a um tio, a um irmão mais velho ou a um avô, cuja hierarquia não deve ser questionada nem mesmo pela mãe. As mulheres da casa devem assumir uma postura de subordinação e obediência frente ao homem.

As mulheres são representadas por duas figuras: a das mulheres 'puras' ou as 'garotas' de casa, estudiosas e respeitadoras da autoridade masculina, e as mulheres bandidas, 'garotas' que mantêm relações amorosas com mais de um rapaz. Por isso, tais mulheres são percebidas como 'igualadas', por subverterem e questionarem a autoridade masculina, a que os homens reagem agredindo-as física e psicologicamente. Um dos aspectos fundamentais dessa rela-

ção entre os gêneros é que a mulher, apesar de sua condição desigual, segundo os jovens, desafia a dominação do homem, recorrendo a diferentes práticas, pondo-o à prova no exercício da sexualidade, questionando-o publicamente em sua capacidade amorosa/erótica, ou participando de atividades de trabalho consideradas tipicamente masculinas. Nas diferentes situações, também no caso das 'igualadas', as mulheres enfrentam riscos de gravidez, DST ou HIV-Aids.

As imagens da mulher 'cachorra'/'pura', que, por sua vez, também perpassam o imaginário das classes médias, como bem mostrou Fuller (1997), têm, entretanto, uma intensidade maior nas camadas populares, assim como os pares 'machão'/'sadio' e 'gomoso' (em certos setores populares, fala-se de 'gomosa' com referência à mulher). Essa é uma figura de tipo subalterno, que faz parte de uma sexualidade na qual é o homem quem impõe as regras do jogo e a mulher só as aceita porque, do contrário, perde o homem, ou, pelo menos, é submetida a maus-tratos físicos e psicológicos, com os riscos inerentes para sua saúde reprodutiva (gravidez, DST, HIV-Aids etc.). A respeito da mulher 'igualada', ainda é difícil dizer se, com essa nova imagem, estariam surgindo comportamentos diferentes no exercício da sexualidade e no tocante à saúde reprodutiva. É bastante viável que ainda se mantenham práticas de risco, porque o desafio feito ao homem pela mulher adolescente não necessariamente garante uma vivência segura da sexualidade, como se percebeu no parágrafo anterior. Isso porque, como manifestaram as próprias negras (Diana, Clara, Sandra e Stela), não haveria no bairro homens negros com quem elas pudessem interagir em termos eróticos e afetivos. Elas simplesmente não encontram uma opção masculina na periferia e, por isso, privilegiam outros espaços externos.

Desigualdades de gênero, exercício da sexualidade e saúde reprodutiva entre jovens negros da periferia

Por último, convém assinalar que se evidencia uma informação precária e uma má utilização dos métodos anticoncepcionais por parte das mulheres entrevistadas da periferia (devendo-se excluir desse grupo as universitárias que residem em bairros populares semelhantes aos das mulheres de baixo nível de instrução, uma vez que elas dão depoimentos bem diferentes), o que estaria associado ao desinteresse masculino pelo controle dos riscos de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis. Além da violência, esse talvez seja um dos fatores de maior vulnerabilidade enfrentado pelas mulheres da periferia

popular. É claro que elas receberam uma ou outra informação e que algumas organizações até implementaram programas de 'educação sexual' para adolescentes de ambos os sexos, em alguns espaços do Distrito de Aguablanca. Entretanto, a julgar pelos resultados, esses programas deixam muito a desejar. Sua eficácia é muito reduzida. A lógica das práticas sexuais parece não ter sido afetada pelas campanhas realizadas até agora. Uma das hipóteses seria que a estrutura de dominação de gênero na periferia, apesar dos crescentes desafios das mulheres jovens, não permite modificar de maneira eficaz as práticas cotidianas da sexualidade entre homens e mulheres.

Tradução de Vera Ribeiro.

Referências bibliográficas

BARBARY, O. Afrocolombianos en Cali: ¿Cuántos son, dónde viven, de dónde vienen? In: *Afrocolombianos en el Área Metropolitana de Cali: estudios sociodemográficos*. Documento de trabalho n. 38, CIDSE-IRD. Cali: Universidad del Valle, 1999.

BARBARY, O. *Mesure et réalité de la segmentation sócio-raciale: une enquête sur les ménages afrocolombiens à Cali*. Marselha: 2000. (Mimeo).

BARBARY, O. & PISSOAT, O. Mapas de Cáli sobre a distribuição da população afro-colombiana e taxas de fecundidade, 1999.

BARKER, G. *¿Qué ocurre con los muchachos? Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes*. Organização Mundial de Saúde (OMS), Departamento de Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. Documento oficial WHO/FCH/CAH/00.7, Genebra, 2000.

BROWN, A. et al. *Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies*. Occasional Paper 4, Organização Mundial de Saúde (OMS), Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, Saúde Familiar e Comunitária, WHO/RHR/01.8, Genebra, 2001.

BRUYNEEL, S. & RAMIREZ, H. F. Comparación de indicadores de condición de vida de los hogares afrocolombianos y no afrocolombianos en Cali. In: *Afrocolombianos en el Área Metropolitana de Cali: estudios sociodemográficos*. Documento de trabalho n. 38, CIDSE-IRD. Cali: Universidad del Valle, 1999.

CALASANZ, G. Cultura adolescente e saúde: perspectivas para a investigação. In: OLIVEIRA, M. C. (Org.). *Cultura, Adolescência e Saúde: Argentina, Brasil e México*. Campinas: Consórcio Latino-Americano de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP, 2000.

EXPLOSIÓN: después de ser líder continental, Colombia está perdiendo la guerra contra la explosión demográfica en un processo que puede traer mas miseria y violencia. *Cambio*, 358: 19-27, 2000.

FLOREZ, C. E., MEDINA, C. A. & URREA, F. *Understanding the cost of social exclusion due to race or ethnic background in Latin American and Caribbean countries*. Documento preparado para o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Bogotá, 2001.

FULLER, N. *Identidades Masculinas: varones de clase media en el Peru*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 1997.

FULLER, N. Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Peru. In: FULLER, N. (Org.) *Paternidades en América Latina*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2000.

OLAVARRÍA, J. Ser padre en Santiago de Chile. In: FULLER, N. (Org.) *Paternidades*

en América Latina. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2000.

QUINTÍN, P., RAMIREZ, H. F. & URREA, F. *Relaciones interraciales, sociabilidades masculinas juveniles y segregación laboral de la población afrocolombiana en Cali*. Documento de trabalho n. 49, CIDSE-IRD. Cáli: Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Centro de Investigación y Documentación Socioeconómica (CIDSE), 2000.

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI. *Salud en cifras, Santiago de Cali, 1996*. Cáli, 1997.

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI. *Salud en cifras, Santiago de Cali, 1997*. Cáli, 1998.

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI. *Salud en cifras, Santiago de Cali, 1998*. Cáli, 1999.

STERN, C. & MEDINA, G. Adolescencia y salud en México. In: OLIVEIRA, M. C. (Org.) *Cultura, Adolescência e Saúde: Argentina, Brasil e México*. Campinas: Consórcio Latino-Americano de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade, CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP, 2000.

URREA, F. Dinámica sociodemográfica, mercado laboral y pobreza urbana en Cali durante las décadas de los años 80 y 90. *Coyuntura Social*, 17: 105-164, nov. 1997.

URREA, F. Algunas características sociodemográficas de los individuos y hogares afrocolombianos en Cali. In: *Afrocolombianos en el Área Metropolitana de Cali. estudios sociodemográficos*. Documento de trabalho n. 38, CIDSE-IRD. Cáli: Universidad del Valle, 1999.

URREA, F. & ORTIZ, C. H. *Patrones Sociodemográficos, Pobreza y Mercado Laboral en Cali*. Documento de trabalho para o Banco Mundial. Cáli, nov. 1999.

URREA, F. & QUINTÍN, P. *Jóvenes Negros de Barriadas Populares en Cali: entre masculinidades hegemónicas y marginales*. Relatório final do projeto CIDSE-UNIVALLE apresentado à Fundação Carlos Chagas, Cáli, ago. 2000.

URREA, F., RAMIREZ, H. F. & VIÁFARA, C. *Perfiles sociodemográficos de la población afrocolombiana en contextos urbano-regionales del país a comienzos del siglo XXI*. Texto apresentado por ocasião dos 25 anos do Centro de Investigación y Documentación Socioeconómica. CIDSE, Faculdade de Ciências Sociais e Econômicas, Universidad del Valle. Cáli, set. 2001.

URREA, F. & ROJAS, A. *Representaciones y prácticas de sexualidad entre adolescentes de sectores populares en Cali: comuna 14 (Distrito de Aguablanca)*. Secretaria de Saúde Departamental do Vale de Cauca. Cáli, 1993. (Mimeo).

VIVEROS, M. Paternidades y masculinidades en el contexto colombiano contemporáneo, perspectivas teóricas y analíticas. In: FULLER, N. (Org.) *Paternidades en América Latina*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2000.

VIVEROS, M. & CAÑON, D. W. Pa'Bravo... yo soy candela, palo y piedra: los Quibdoseños. In: VALDÉS, T. & OLAVARRÍA, J. (Orgs.) *Masculinidad/es: poder y crisis*. Santiago: Ediciones de las Mujeres, 1997.

WADE, P. *Blackness and Race Mixture: the dynamics of racial identity in Colombia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993.

ZAMUDIO, L. El aborto inducido en Colômbia. In: PANTELIDES, E. A. & BOTT, S. (Orgs.) *Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina*. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2000.

Outras fontes

CIDSE/UNIVALLE (BANCO MUNDIAL). Pesquisa *Pobreza, cobertura y percepción de servicios sociales en Cali*, set. 1999.

CIDSE/UNIVALLE (IRD). Pesquisa *Movilidad y urbanización de las poblaciones afrocolombianas en Cali*, maio-jun. 1998.

DANE. Departamento Nacional de Estadística. *Proyecciones de Población 1993-2015*, Bogotá, 2000.

FUNDAPS. Fundación de Apoyo a Programas de Salud. Documento interno, sem data de publicação.

PROFAMILIA. *Encuesta nacional de demografía y salud, 1995*. Cáli, 1997.

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI. Registros epidemiológicos de DST e HIV/Aids por zonas distritais e zona rural, para homens e mulheres. Cáli, 2001.

Anexo 1

Taxas de incidência de casos de DST registrados pelo sistema municipal de saúde de Cáli em 1999 (por 100 mil habitantes) e relação entre homens e mulheres portadores de HIV/Aids

Zonas distritais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
DST, homens												
Outras uretrites não-gonocócicas	3,7	10,0	64,4	43,6	17,9	14,5	43,9	4,2	7,6	1,9	2,1	30,8
Doenças relacionadas com o HIV/Aids	11,1	25,1	292,4	114,1	43,4	39,5	68,3	162,7	121,4	59,7	72,8	196,1
Herpes genital	0,0	12,5	14,9	20,1	10,2	2,6	36,6	44,4	64,5	7,7	0,0	14,0
Doenças gonocócicas do aparelho urogenital	88,5	15,0	29.7	70,5	25,5	60,6	63,4	46,5	83,4	46,2	27,0	100,8
Sífilis (diferentes tipos)	14,8	15,0	138,7	43,6	23,0	22,4	46,3	95,1	98,6	30,8	18,7	53,2
Outras*	55,3	5,0	19,8	26,9	12,8	5,3	9,8	10,6	15,2	5,8	6,2	8,4
Total dos homens, Cáli	173,4	82,7	559,9	318,9	132,8	144,9	268,3	363,5	390,7	152,2	126,8	403,3
DST, mulheres												
Infecções gonocócicas do aparelho urogenital	10,1	1,8	12,6	11,7	2,2	10,6	17,1	20,6	32,8	6,7	1,8	32,5
Doenças relacionadas com o HIV/Aids	3,4	0,0	12,6	0,0	0,0	2,3	0,0	51,5	6,6	3,3	14,5	60,0
Herpes genital	0,0	1,8	0,0	5,8	4,3	9,4	10,7	20,6	49,3	5,0	3,6	17,5
Tricomoníase urogenital	16,8	10,6	59,0	20,4	2,2	11,7	23,5	48,9	65,7	25,0	23,5	27,5
Sífilis (diferentes tipos)	53,8	7,0	164,3	32,0	19,4	29,3	57,6	61,8	72,3	23,4	10,8	57,5
Outras*	33,6	0,0	12,6	8,7	2,2	3,5	2,1	0,0	3,3	5,0	3,6	7,5
Total das mulheres, Cáli	117,6	21,1	261,3	78,7	30,3	66,9	111,0	203,4	229,9	68,4	57,8	202,5
Proporção de homens/mulheres com HIV/Aids	3,0	0,0	19,7	0,0	0,0	15,0	0,0	3,9	16,0	15,5	4,4	2,9

(continua)

Anexo 1 (continuação)

Taxas de incidência de casos de DST registrados pelo sistema municipal de saúde de Cáli em 1999 (por 100 mil habitantes) e relação entre homens e mulheres portadores de HIV/Aids

Zonas distritais	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Zona Rural	S.I.	Cáli
DST, homens												
Outras uretrites não-gonocócicas	8,3	1,4	5,3	0,0	0,0	4,6	2,2	0,0	11,3	0,0	0,0	10,6
Doenças relacionadas com o HIV/Aids	23,7	20,7	21,4	45,3	2,2	18,5	17,8	35,9	48,8	4,9	0,0	56,2
Herpes genital	1,2	11,0	12,5	10,3	0,0	16,2	2,2	3,3	3,8	19,4	0,1	12,3
Doenças gonocócicas do aparelho urogenital	29,7	34,5	30,3	41,1	6,6	50,9	0,0	29,4	7,5	53,4	0,3	41,1
Sífilis (diferentes tipos)	19,0	13,8	12,5	28,8	2,2	34,7	8,9	19,6	41,3	34,0	0,1	31,7
Outras*	16,6	4,1	16,0	28,8	4,4	18,5	0,0	3,3	7,5	48,5	0,0	12,8
Total dos homens, Cáli	98,5	85,5	98,0	154,3	15,4	143,5	31,2	91,4	120,0	135,8	0,5	164,7
DST, mulheres												
Infecções gonocócicas do aparelho urogenital	14,0	11,8	8,0	12,9	1,7	8,5	1,6	12,3	0,0	23,7	0,0	10,5
Doenças relacionadas com o HIV/Aids	5,4	1,3	12,9	29,6	0,0	0,0	0,0	15,4	0,0	9,5	0,6	9,7
Herpes genital	3,2	6,6	8,0	0,0	0,0	4,3	1,6	0,0	3,2	9,5	0,0	6,6
Tricomoníase urogenital	62,6	38,2	45,0	86,9	3,4	17,0	0,0	9,3	9,5	113,6	0,0	30,8
Sífilis (diferentes tipos)	32,4	36,8	27,3	18,5	6,7	40,5	8,0	30,8	12,7	18,9	0,5	32,8
Outras*	2,2	7,9	4,8	3,7	0,0	17,0	0,0	3,1	0,0	42,6	0,0	5,6
Total das mulheres, Cáli	119,7	94,7	106,0	151,6	11,8	87,3	11,3	70,9	25,4	217,7	1,0	95,9
Proporção de homens/mulheres com HIV/Aids	4,0	15,0	1,5	1,4	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,5	S.I.	5,1

* Cancro mole, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, hepatite viral, pediculose pubiana, infecções gonocócicas oculares.
Fonte: Salud en Cifras, Santiago de Cali, Secretaria de Saúde Pública Municipal, 1998.

Anexo 2

Distribuição percentual conforme o uso de métodos anticoncepcionais (% col. e % fil.), de acordo com os Silos.* Cáli, 1998

	Tipo de anticoncepcional							
	Cirúrgico	DIU	Outros (tabela, óvulos)	Preser- vativo	Hormonal injetável	Hormonal oral	Acumulado	Nº de obser- vações
Silos 1								1942
Zonas Distritais 1, 3, 19, 20								
% col	4,0	31,7	2,6	39,2	8,2	14,3	100,0	
% fil	3,3	13,5	12,1	65,1	26,4	12,7	17,2	
Silos 2								2847
Zonas Distritais 2,4,5,6, 7								
% col	22,6	37,9	10,8	3,9	0,9	23,9	100,0	
% fil	27,7	23,6	72,8	9,6	4,1	31,1	25,3	
Silos 3								652
Zonas Distritais 8,9,12								
% col	1,1	75,3	0,8	0,6	4,1	18,1	100,0	
% fil	0,3	10,8	1,2	0,3	4,5	5,4	5,8	
Silos 4								1010
Zonas Distritais 10,11,16								
% col	14,3	52,2	0,0	15,0	4,9	13,7	100,0	
% fil	6,2	11,5	0,0	13,0	8,1	6,3	9,0	
Silos 5								4369
Zonas Distritais 13,14,15,21								
% col	31,2	38,5	0,8	1,9	7,7	20,0	100,0	
% fil	58,6	36,8	8,0	7,1	55,6	39,9	38,8	
Silos 6								259
Zonas Distritais 17,18								
% col	18,9	45,9	0,0	21,6	0,0	13,5	100,0	
% fil	2,1	2,6	0,0	4,8	0,0	1,6	2,3	
Silos 7								194
Zona Rural								
% col	21,6	26,8	12,9	0,5	4,1	34,0	100,0	
% fil	1,8	1,1	5,9	0,1	1,3	3,0	1,7	
Total % fil	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de observações	2.324	4.563	423	1.170	606	2.178	100	11.273
Total % col	20,6	40,5	3,8	10,4	5,4	19,3	0,9	100,0

* Sistemas Locais de Saúde, que agrupam as unidades de saúde pública municipal por conjunto de zonas distritais.
Fonte: Salud en Cifras, Santiago de Cali, Secretaria de Saúde Pública Municipal, 1998.

SAÚDE REPRODUTIVA, ETNICIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Fátima Oliveira

No presente artigo, apresentarei uma abordagem panorâmica da saúde da população negra em suas interfaces com a saúde reprodutiva, com ênfase na saúde da mulher negra. Tendo por base dados da literatura e a visão de outros profissionais, objetivo expor o 'estado da arte' da saúde reprodutiva da população negra no Brasil, descrever as doenças prevalentes na população negra e analisar as respostas do governo brasileiro aos saberes e às propostas atuais. Cabe destacar que este não é um texto novo. Basicamente, os dados e as sistematizações que serão apresentados foram escritos e publicados em vários artigos e livros de minha autoria, no decorrer da década de 1990. Portanto, para quem acompanha o desenvolvimento do campo 'saúde da população negra', a impressão e a realidade serão de "eu já vi", posto que o presente trabalho é uma 'bricolagem'.

Em *Recorte racial/étnico e a saúde das mulheres negras*, faço uma afirmação categórica:

> Por paradoxal que possa parecer, a abordagem da saúde da população negra no Brasil só consegue se impor enquanto discurso. Isto é, só nos ouvem quando nos reportamos ao fato inegável que o marco das nossas reflexões e ações políticas em saúde nada tem a ver com a vida, mas com a morte, pois há fortes evidências de que encabeçamos as estatísticas de praticamente todas as 'mortes à-toa e antes do tempo', em todas as faixas etárias. Há maior crueldade e prova de racismo do que a desigualdade da população negra perante a morte, já que a mortalidade precoce de afro-descendentes no Brasil revela omissão dos governos, discriminação de classe e indiferença racial/étnica? (Oliveira, 2000)

Diferenciais de morbidade e mortalidade precoce

Conforme o documento *Nós, mulheres negras: diagnósticos e propostas* (Articulação Nacional de ONGs de Mulheres Negras, 2001), as condições de vida de uma população podem ser mensuradas considerando-se fatores, dentre outros, como o local e as condições da moradia (perfil dos domicílios), condições de trabalho (ocupação e renda familiar), acesso às escolas e qualidade da atenção por parte dos serviços e profissionais da saúde. É de domínio público que afrodescendentes brasileiros residem nas áreas mais inóspitas das regiões urbanas e em espaços rurais também carentes de políticas públicas essenciais para o exercício da cidadania, tais como saneamento básico, escolas e instituições de saúde, que, quando existem, são de baixa qualidade. Assim como estão alocados nos trabalhos que exigem pouca qualificação profissional, cuja renda mensal é irrisória, logo insuficiente para cobrir necessidades vitais como, por exemplo, alimentação adequada. Agregam-se, às precárias condições materiais de vida, práticas racistas firmemente arraigadas na sociedade brasileira, que contribuem decisivamente para a manutenção e até piora da baixa auto-estima e para o risco de adoecimento físico e mental.

Corroborando a afirmativa de que no Brasil negros morrem mais precocemente em todas as faixas etárias, cujas causas são evitáveis, Barbosa (2001), em *É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do "quarto de despejo"*, apresenta dados da cidade de São Paulo que não deixam margem para dúvidas. Comparando-se os índices de mortalidade proporcional por faixa etária da mulher negra com o homem branco, constata-se que o percentual de óbitos antes dos 50 anos é de 40,7% entre as mulheres negras e 39% entre os homens brancos. Isto é, a mortalidade das mulheres negras supera a dos homens brancos, o que contradiz a afirmativa de que mulheres vivem mais que homens. Ademais, para as mesmas doenças, quando comparadas às brancas, as negras morrem antes.

Em outro trabalho (Oliveira, 2000), afirmo que a desigualdade perante a morte no Brasil demonstra também as disparidades regionais (a expectativa de vida é maior nas regiões Sudeste e Sul; no Nordeste, morre-se mais cedo) com acentuado recorte étnico-racial. Tais dados foram detectados por Estela Cunha (1995). Segundo a autora:

> no caso da mortalidade adulta feminina constatou-se que a probabilidade de sobreviver de mulheres entre 25 e 75 anos, classificadas como brancas, é sistematicamente maior do que a das mulheres negras (...) nos menores ní-

veis de mortalidade adulta feminina, as maiores perdas são constatadas entre as mulheres negras.

Tenho dito em vários artigos que a esperança de vida ao nascer — ou seja, quanto tempo alguém provavelmente viverá — está intimamente vinculada aos salários, à escolaridade, enfim, às condições sociais e materiais de vida. Não se pode prescindir de incluir nas 'condições sociais e materiais de vida' a vivência de todas as nuanças do racismo. É importante ressaltar que:

> a diferença entre a mortalidade infantil entre as crianças negras no Brasil tem aumentado muito quando comparada à registrada entre as brancas, a despeito da mortalidade infantil no país vir caindo consideravelmente. Isto é, a mortalidade infantil das crianças negras só tem piorado: 'Houve piora acentuada na taxa de mortalidade infantil de 1980 para 1991. (...) em 1980, para cada 1.000 nascidos vivos morriam 76 brancos e 96 negros. Em 1991, para cada 1.000 nascidos vivos morriam 43 brancos e 72 negros. A diferença aumentou, pois em 1980 as crianças negras apresentavam índice de mortalidade 21% maior do que o das brancas e, em 1991, esse aumentou para 40%! (...)'. Quanto à mortalidade materna no Brasil, Alaerte Leandro Martins (2000, 2001) pesquisou 956 óbitos maternos no estado do Paraná, na faixa etária de 10 a 49 anos, ocorridos de 1993 a 1998 e conclui que, comparada à de brancas a mortalidade materna das amarelas é 7,5 vezes maior e a das pretas 6,6 vezes maior. Eis um sinal de alerta para quem idealiza e gerencia saúde pública no Brasil: não há mais como esconder a cara e a cor de quem 'morre de parto' no Brasil! (Oliveira, 2000)

O estudo realizado pela médica Ignez Helena Oliva Perpétuo (2000) sobre a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996 — que entrevistou 7.541 mulheres, àquela época entre 15 a 49 anos, em união estável, das quais 44% se autodeclararam brancas e 66%, negras (parda, mulata, morena, cabocla e preta) — revela, de maneira contundente, a enorme desigualdade social, econômica, de risco reprodutivo e de acesso aos serviços de saúde que existe entre a população branca e a negra. De acordo com Pérpetuo:

> é longo o percurso a ser percorrido para que as mulheres brasileiras, brancas e negras tenham acesso pleno à saúde e aos direitos reprodutivos. Os dados sobre a distribuição das entrevistadas, segundo região e situação de residência, nível educacional e classe social, confirmam que um enorme abismo socioeconômico separa as mulheres brancas e negras. A proporção

> de mulheres negras que moram em regiões menos desenvolvidas, onde o acesso a bens e serviços urbanos é precário, e que se encontram nos estratos educacionais e socioeconômicos inferiores, é o dobro das brancas. (Perpétuo, 2000)

Foi também constatado pela autora que a proporção de mulheres negras que se encontram sob 'risco reprodutivo' é muito maior do que as brancas, pois é substancialmente mais alto o percentual de negras que iniciam a vida sexual e que têm o primeiro filho ainda adolescentes, bem como a proporção de mulheres com três filhos e mais. Ademais, as negras têm um conhecimento precário da fisiologia reprodutiva, sendo a sua fecundidade maior do que a das brancas. Tal fato está intimamente relacionado à realidade, também detectada pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), segundo a qual apenas 20% das negras sabem identificar o período fértil, em contraste com 37% das brancas.

Evidenciou-se ainda o precário acesso das negras à anticoncepção. Na data da pesquisa, havia um maior número de negras que não usava qualquer método e, entre as que usavam, a pílula e a esterilização representavam 83% das preferências, contra 76% das brancas. As negras constituem a menor parcela das usuárias de pílulas que realizou consulta médica antes de iniciar o seu uso, bem como o maior percentual de gravidez por falha do método e de 'necessidade de contracepção não-satisfeita' (não-uso de método, apesar de serem fecundas e não desejarem engravidar). Tais dados elucidam por que o índice de fecundidade não desejada é de 40% nas negras contra apenas 27% das brancas. Segundo as análises, as negras apresentaram um menor acesso à assistência obstétrica (pré-natal, parto e puerpério). Ademais, o percentual de gestantes negras que recebeu o:

> pacote mínimo de qualidade para assistência pré-natal, segundo o Ministério da Saúde (isto é, seis consultas ao longo da gestação, mais uma consulta no puerpério), foi de 61% e 31%, respectivamente, em contraste com 77% e 46% das brancas. Quanto ao parto, 7% dos bebês de mães negras nasceram em casa, mais do triplo do que aconteceu no caso das mulheres brancas. (Perpétuo, 2000)

A análise de Chacham sobre cesárea, esterilização e raça revela que:

> no Brasil há uma alta incidência de cesáreas e esterilizações femininas. De acordo com o relatório preliminar da Pesquisa Nacional sobre Demo-

grafia e Saúde de 1996, os partos cesáreos representavam 36,4% do total de todos os partos. Se somente áreas urbanas forem consideradas, este número cresce para 41,8%. Nessa pesquisa encontrou-se que 27,3% de todas as mulheres em idade reprodutiva estavam esterilizadas, sendo que entre mulheres casadas ou unidas este número chegava a 40,1%. (Chacham, 2001)

A autora informa ainda:

as características socioeconômicas, etárias e raciais das mulheres que tiveram partos cesáreos, programados ou não, e de mulheres que foram esterilizadas durante uma cesárea, explorando a relação entre os dois procedimentos. Certamente, os dados de 1996 ainda não refletem a influência da lei que regulamentou a esterilização feminina no país, mas estes nos permitem avaliar a dimensão desse fenômeno. (Chacham, 2001)

De acordo com Chacham, as respostas de 3.739 mulheres da PNDS-1996 a respeito do parto do último filho nascido vivo revelam que 1.416 (37,9%) tiveram cesáreas. São Paulo apresentou a maior proporção de cesáreas, com 57,1%. O Nordeste foi a região com menor proporção de cesáreas: 25%. Foi observado que as mulheres brancas tiveram 48,1% de cesáreas; as asiáticas, 50%; as pardas, 32,5%; e as negras, 28,4%.

Quando a escolaridade foi acrescentada à análise, esta relação deixou de ser significativa para todos os grupos, com exceção das mulheres com educação primária. Somente 5,9% das entrevistadas tinham curso superior. A diferença entre níveis de educação por grupos étnicos é expressiva: entre mulheres com filhos e sem educação formal, 20% eram brancas e 73,6%, pardas. Entre mulheres com nível primário, 29% eram brancas e 65%, pardas. Entre mulheres com educação superior, 66% eram brancas e 32%, pardas (apenas uma mulher negra foi encontrada neste grupo). Mulheres com nenhuma escolaridade tiveram taxas de cesárea de 16,5%; com primário incompleto, 22,6%; com primário completo, 37,2%; com secundário incompleto, 39,9%; com secundário completo, 55,7%; e, finalmente, com nível superior, 79,2%.

Entre 1.416 mulheres cujo último filho nasceu por cesárea, 52,9% tiveram cesáreas programadas, indicando um índice extremamente alto. Em nenhuma região foi encontrada correlação entre cesáreas programadas e raça da mãe. Entre as 12.612 mulheres entrevistadas, 3.578 eram esterilizadas. Destas, 56,4% (ou 2.017 mulheres) foram esterilizadas durante uma cesárea. Não encontramos diferenças significativas entre a proporção de mulheres esteriliza-

das em cada grupo racial, assim como entre tipo de religião, nível educacional ou residência urbana ou rural da mulher.

Este mesmo estudo assinala a relação entre a idade com a qual a mulher foi esterilizada e o seu nível de escolaridade. Apenas 6,6% das mulheres com nível superior foram esterilizadas com menos de 25 anos, ao passo que, entre as mulheres com primário completo ou menos, 22% foram esterilizadas com menos de 25 anos. Entre mulheres com nível superior, 40% foram esterilizadas entre 30 e 34 anos. Já entre mulheres com educação primária, 28% se esterilizaram neste período. A diferença entre raças em relação à idade ao serem esterilizadas não é significativa em termos estatísticos. Em relação à raça, mulheres brancas são mais prováveis de serem esterilizadas durante uma cesárea do que mulheres pardas ou negras; mas, novamente, quando se compara dentro de cada nível educacional, não se encontram diferenças.

Com base na análise dos dados fornecidos pela PNDS-1996, o referido estudo concluiu que as mulheres com maior nível de escolaridade tendem a apresentar taxas de cesáreas mais elevadas do que aquelas com nenhuma ou pouca educação formal. Além do nível de escolaridade, outro fator de grande influência é a idade da mãe: mulheres mais velhas tendem a ter taxas maiores de cesárea. Quanto ao fator raça, pode-se afirmar que as mulheres brancas apresentam maior probabilidade de serem esterilizadas durante uma cesárea do que mulheres pardas ou negras. Mas, em relação aos níveis de esterilização, não foram detectadas diferenças significativas entre a proporção de mulheres esterilizadas em cada grupo racial, assim como entre tipo de religião, nível educacional ou residência urbana ou rural da mulher.

Tenho argumentado em vários escritos que a sobrevida menor dos negros com câncer parece estar diretamente relacionada à precariedade das condições socioeconômicas. O câncer do colo do útero é duas vezes mais freqüente em mulheres negras do que nas brancas. Também está suficientemente provado em várias pesquisas, realizadas em diferentes lugares do mundo, que este tipo de câncer é diretamente proporcional às condições de pobreza. A justificativa do modelo genético diz que a menor sobrevida de negros e a menor resistência em caso de câncer deve-se a uma menor reação imunológica 'inerente' aos negros, o que não está comprovado. Pesquisas realizadas na Inglaterra em pacientes com câncer de mama e um estudo de Nancy Krieger & Mary Basset (1986) sobre mulheres com câncer de mama em Washington demonstraram que a diferença racial na sobrevivência destas doentes desaparecia quando foram alocadas em suas respectivas classes sociais. Operárias, brancas ou negras, sobreviviam bem menos do que mulheres de classe média ou alta.

Doenças prevalentes na população negra

Conceitualmente, doenças étnicas/raciais são aquelas cuja prevalência e/ou evolução cursam de modo diferenciado em um grupo populacional racial ou étnico (como negros, brancos, amarelos, judeus, ciganos etc.) e em mestiços de tais grupos, podendo ter causa exclusivamente genética ou multifatorial. Em outros trabalhos, afirmei que, embora sejam poucas (e de fato são), há doenças que podem ser catalogadas como raciais ou étnicas (prevalência e/ou evolução diferenciada, conforme o grupo populacional racial ou étnico) na população negra, tais doenças atingem precocemente um número expressivo de pessoas, e suas decorrências na morbimortalidade em si já justificariam uma atenção especial. Além disso, todas são doenças que têm uma interferência muito íntima na saúde reprodutiva da mulher negra e na diminuição da vida produtiva de negros em geral, conforme revelam as descrições a seguir. Tal perspectiva pode ser elucidada pela descrição dos seguintes agravos: diabetes *mellitus* tipo II, hipertensão arterial, síndrome hipertensiva na gravidez, miomas uterinos e anemia falciforme.

Diabetes mellitus tipo II

O diabetes *mellitus* é uma doença crônico-degenerativa que consiste em uma disfunção metabólica de causa multifatorial, que determina aumento crônico dos níveis de insulina (hiperglicemia crônica) e evolui causando danos em todo o organismo, sobretudo na visão, nos rins, no coração, nos nervos e nos vasos sangüíneos, inclusive quando a evolução é assintomática ou de sintomas brandos. O diabetes é a quarta principal causa básica de morte no Brasil e a principal causa de cegueira adquirida. Os diabéticos têm chance duas vezes maior de desenvolver doença coronariana e de sofrer derrames cerebrais, quando comparados aos não-diabéticos, além de terem 17 vezes mais possibilidades de desenvolver doença renal e 40 vezes maior chance de sofrer amputações nos membros inferiores. O diabetes é responsável por mais de 30% dos casos de insuficiência renal em programas de diálise.[1]

---

[1] Ver: *Justificativas médicas, sociais, econômicas e políticas para a municipalização da assistência ao paciente diabético*. Disponível em: www.diabetes.org.br. O texto foi produzido pelas seguintes organizações: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD); Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e Associação para Educação e Controle em Diabetes (ACED).

O Censo Nacional de Diabetes de 1988 (dados de nove capitais brasileiras) concluiu que o diabetes atinge 7,6% da população brasileira, na faixa etária dos 30 aos 69 anos, alcançando cifras próximas de 20% na população acima de 70 anos. Foi estimado que há cerca de 5 milhões de diabéticos, sendo que metade das pessoas com diabetes não sabe que é portadora da doença e quase 1/4 não faz qualquer tratamento. O diabetes tipo II (adulto), prevalente em negros, é uma epidemia em expansão no mundo, além de uma causa importante de insuficiência renal crônica (cujo tratamento é a hemodiálise e o transplante renal), pois, na população diabética, a hipertensão é duas vezes maior do que na população em geral. Nos Estados Unidos, para cada seis brancos que sofrem da enfermidade, há dez afro-americanos que padecem da doença. Assim mesmo, as estatísticas indicam que a porcentagem de mortes por causa do diabetes é 27% mais alta nos afro-americanos em comparação aos brancos. Nos Estados Unidos, o segundo grupo afetado pela doença é o dos hispânicos, em especial os oriundos do México e de Porto Rico. Neste grupo, o diabetes é três vezes mais comum do que entre os brancos não hispânicos.[2]

Segundo Franco (2000: 58):

> há uma marcante variação geográfica na incidência do diabetes tipo 1, sendo maior em países do norte europeu, particularmente nos escandinavos, e menor nos asiáticos, como China e Japão. Na população negra, a incidência tende a ser duas a quatro vezes menor do que na população branca da mesma região. Na população adulta, os coeficientes de prevalência do diabetes têm alcançado cifras da ordem de 40% em grupos indígenas norte-americanos e de 20% na população de origem japonesa, tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil. Na população negra, há evidências de que a freqüência do diabetes está aumentando mais do que na população branca, tendo triplicado nos últimos 30 anos, enquanto apenas duplicou na população branca. Atualmente, nos Estados Unidos, a prevalência de diabetes é 1,4 vezes maior em negros do que em brancos. Essa maior prevalência é referente ao diabetes tipo II. Quanto ao tipo I, a incidência tende a ser de duas a quatro vezes menor do que na população branca.

[2] Ver Uma herança amarga. *Boa saúde/Health Latin América. Disponível em:* <www.boasaude.com/lib/ShowDoc.cfm>.

Hipertensão arterial

Estima-se que 10 a 20% das pessoas adultas são hipertensas. Apresentam-se como verdadeiras as seguintes afirmativas: a hipertensão arterial (HA) é a principal causa de insuficiência cardíaca, insuficiência renal e de morte súbita, e está ligada, direta ou indiretamente, a 12 a 14% das causas de todas as mortes no Brasil. Em geral, a pressão arterial é mais alta nos homens e com prevalência em negros de ambos os sexos. Aparece mais cedo, é mais grave e tende a ser mais complicada em negros. Uma em cada dez mulheres que engravidam pela primeira vez tem hipertensão. A hipertensão durante a gestação e a toxemia gravídica (eclâmpsia/hipertensão) constituem a principal causa de mortalidade materna no Brasil.

Segundo Lessa (2000), na epidemiologia da HA chamam a atenção as elevadas prevalências da doença em negros americanos, incluída entre as mundialmente mais altas (20 a 71%). A HA está fortemente associada ao sobrepeso ou à obesidade, ao diabetes ou à intolerância à glicose, ao estrato social mais baixo, à pouca escolaridade, à história familiar positiva para a doença, a homens antes dos 50 anos e a mulheres a partir da menopausa, e à dieta rica em sal e pobre em cálcio. Devido a qualquer uma dessas situações nos Estados Unidos, a HA arterial tem sido até duas vezes maior entre os afro-americanos.

Os negros desenvolvem a doença em idades mais precoces do que os brancos e detêm as taxas mais elevadas de HA severa (estágio 3). As diferenças raciais expressam-se desde a infância, tornando-se significantes na adolescência. A antiga polêmica sobre herança como importante determinante da HA em negros gerou diversas teorias, investigadas e testadas na busca de explicações para as diferenças raciais. Essas investigações ultrapassam as fronteiras americanas, sendo também investigadas em outros países, em particular, no continente africano. Confirmou-se o gradiente dos fatores de risco da diáspora africana, com prevalências ajustadas de HA de 14% na África Ocidental, 26% no Caribe e 33% nos Estados Unidos — a obesidade explicando, isoladamente, 1/3 do excesso da HA nos afro-americanos, quando comparados aos negros do oeste africano. Prevalência mais elevada de HA em negros do Zimbabwe do que em brancos europeus ou americanos foi descrita recentemente por um grupo de investigadores. Paralelamente, diversos autores continuam tentando explicar o predomínio, também nos negros, das doenças cardiovasculares que mais se associam à HA do que a outros fatores de risco para doença cardiovascular (FRCV).

Síndrome hipertensiva na gravidez e mortalidade materna

De acordo com Pascoal (2000: 70):

> duas formas principais de hipertensão arterial podem complicar a gravidez: a pré-eclampsia e a hipertensão arterial crônica, que ocorrem de forma individualizada ou associada (pré-eclampsia sobreposta). Hipertensão arterial crônica se refere à hipertensão de qualquer etiologia (primária, em 90% dos casos), que está presente antes da gravidez ou da 20ª semana de gestação. A denominação 'crônica' é utilizada meramente para fazer oposição semântica à natureza súbita e reversível da pré-eclâmspia.

O autor sustenta que a "pré-eclampsia, ou doença hipertensiva específica da gravidez, é uma doença hipertensiva peculiar à gravidez humana, que ocorre principalmente em primigestas após a 20ª semana de gestação, mais freqüentemente próximo ao termo" (Pascoal, 2000: 70). Envolve virtualmente cada órgão e sistema do organismo e é a principal causa de morbidade e de mortalidade, tanto materna quanto fetal. Uma impressão não confirmada é a de que mulheres afro-descendentes são mais susceptíveis ao desenvolvimento de pré-eclampsia do que mulheres brancas. Essa noção tem sido atribuída tanto às diferenças de classe social como à diversidade étnica propriamente.

Entretanto, Mengert (1996) reviu sua ampla experiência em três diferentes centros médicos norte-americanos e concluiu que não há diferença racial na incidência de pré-eclampsia. Em outro estudo, 8% das mulheres eclâmpticas eram afro-americanas, porém, igualmente, apenas 8% dos partos haviam sido realizados em mulheres afro-americanas. Como a prevalência de hipertensão arterial crônica em mulheres afro-americanas é maior do que em pacientes brancas, o diagnóstico diferencial errôneo entre pré-eclampsia e hipertensão arterial crônica parece ser o responsável pela idéia de que mulheres afro-descendentes são mais susceptíveis à pré-eclampsia.

Sobre a hipertensão arterial crônica, Pascoal (2000) salienta ainda que a prevalência em mulheres na fase reprodutiva pode ser tão alta quanto 25% em brancas e 30% em negras, e aumenta com a idade. A hipertensão, portanto, é um importante fator de risco cardiovascular nesta população e tem implicações importantes para a evolução da gravidez. Estima-se que 2 a 5% de todas as gestações são complicadas por hipertensão crônica e esta incidência é ainda maior em áreas urbanas industrializadas, onde as mulheres engravidam mais tardiamente. Sendo a hipertensão arterial crônica mais freqüente em mulheres negras do que em brancas, e constituindo, por si, um importante fator de risco

para a pré-eclampsia, as conseqüências para a mãe e para o feto são, coletivamente, piores na população de mulheres negras do que na de mulheres brancas. Individualmente, entretanto, uma mulher negra com o diagnóstico de hipertensão crônica tem a mesma probabilidade de desenvolver pré-eclampsia sobreposta do que uma mulher branca com o mesmo diagnóstico. O rastreamento de hipertensão crônica no acompanhamento pré-natal deve ser feito com ainda maior ênfase em mulheres negras, para se identificar mais precocemente as hipertensas crônicas, embora ainda não seja possível prever nem prevenir o desenvolvimento subseqüente de pré-eclampsia sobreposta.

O autor esclarece que a pré-eclampsia caracteriza-se pelo desenvolvimento gradual de hipertensão, proteinúria, edema generalizado e, às vezes, alterações da coagulação e da função hepática. A sobreveniência de convulsão define uma forma grave, chamada eclampsia. Em mulheres nulíparas, a incidência de pré-eclampsia é de aproximadamente 6% nos países desenvolvidos e duas ou três vezes maior em países subdesenvolvidos. Apesar de sua complexidade clínica e natureza potencialmente grave, a pré-eclampsia é a forma mais comum de hipertensão 'curável' e é inteiramente reversível com a interrupção da gravidez. Embora a causa da pré-eclampsia ainda esteja por ser determinada, estudos recentes sugerem que seu caráter multissistêmico pode refletir a intensa disfunção da célula endotelial.

Cabe acrescentar que a susceptibilidade da mulher grávida à pré-eclampsia tem um componente genético definido. A incidência em mães, filhas e irmãs é duas a cinco vezes maior do que em sogras, noras e população controle. A pré-eclampsia ocorre mais freqüentemente durante a primeira gestação, sendo ocasional seu desenvolvimento em gestações subseqüentes a uma gravidez normal, ou mesmo após um abortamento tardio. Há evidências de que fatores imunológicos relacionados a antígenos do esperma paterno são importantes na gênese da pré-eclampsia. Embora primigrávidas jovens apresentem maiores riscos, multigrávidas com um novo parceiro têm alta incidência de pré-eclampsia. Por outro lado, a duração da coabitação antes da concepção se relaciona inversamente com o risco de pré-eclampsia, sugerindo que a prolongada exposição materna a antígenos do esperma paterno confere proteção.

Pré-eclampsia também está associada com a idade materna, aumentando sua incidência em mulheres acima de 35 anos. Hipertensão arterial crônica, nefropatia, diabetes *mellitus*, gemelaridade, hidropisia fetal e mola hidatiforme igualmente aumentam os riscos de pré-eclampsia. Mulheres fumantes aparentemente têm menor risco de desenvolver pré-eclampsia, mas quando a desenvolvem o prognóstico é pior do que em não-fumantes. Deve ainda ser notado que o conceito antigo da diferença de raças na prevalência da pré-

eclampsia já não ocupa lugar em sua epidemiologia atual. A realidade é que a doença hipertensiva crônica é mais freqüente na população negra, o que é o único fator interveniente.

Miomas uterinos

Os estudos sobre miomas uterinos revelam que estes são os tumores mais comuns nas mulheres e atingem cerca de 20% delas na idade reprodutiva (entre a primeira menstruação e a menopausa). Em geral, são 'tumores silenciosos' (não apresentam sintomas) e benignos (menos de 1% dos miomas se tornam malignos). De crescimento lento, a maioria dos tumores diminui de tamanho, naturalmente, após a menopausa. Pesquisa realizada por Vera Cristina de Souza, em 1995, em um serviço público de saúde da cidade de São Paulo, com mulheres negras e brancas, revelou a prevalência e a reincidência dos miomas para as negras: 41,6% contra 22,9%, e 21,9% contra 6%, respectivamente. Também demonstrou a alta incidência de histerectomias entre as negras (15,8%, contra 3,6% para as brancas) e que as negras são, em larga medida, filhas ou irmãs de mulheres com diagnóstico comprovado de miomatose (62,1% e 20,4%) (Souza, 1995).

Outros achados de Souza evidenciam acentuado desconhecimento sobre miomatose (causas, evolução e tipos de tratamento) de usuárias, negras e brancas, de um serviço público de saúde, cuja conseqüência mais expressiva é o maior número de histerectomias nas negras. Isto é, as mulheres negras portadoras de miomas em geral perdem seus úteros, o que significa que negra com mioma, na prática, poderá ter no horizonte a certeza de perder, muitas vezes desnecessariamente, a possibilidade de reprodução. Zago (1996), no quadro *Nosologias das populações afro-brasileiras*, aponta os miomas como uma das doenças cuja evolução é agravada ou o tratamento é dificultado pelas condições ambientais indicadas. Isto é, na mesma categoria de hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, coronariopatias, insuficiência renal crônica e cânceres.

Na publicação *Oficinas Mulher Negra e Saúde* (Oliveira, 1998a), argumento que a maior incidência dos miomas em determinados grupos étnico-raciais os coloca na categoria das doenças étnico-raciais. A grande ocorrência de casos de miomas em uma mesma família classifica-os como uma doença familiar. Estes são indícios fortes que parecem indicar que a origem dos miomas é genética, provavelmente uma condição poligênica. Há estudos, como o de Souza (1995), que demonstram que é alta incidência de miomas em mulheres negras. Segundo a literatura médica norte-americana, a prevalência de miomas em mulheres negras é cinco vezes maior do que nas brancas; duas

vezes superior nas mulheres brancas judias do leste europeu do que nas demais brancas; e várias pesquisas demonstraram alta incidência de miomas em mulheres negras. Alguns trabalhos indicam que a obesidade e as pílulas anticoncepcionais com altas doses de estrógenos estimulam o aparecimento e o crescimento dos miomas.

Araújo (2001) afirma que:

> os dados sobre fibroma ou mioma apresentam números maiores para as mulheres negras. No Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ribeirão Preto, entre 1986 e 1988, foram pesquisadas 432 mulheres portadoras de fibroma, perfazendo 18% dos casos de internação. Neste período, comparativamente, este índice foi 3,2% mais freqüente entre as mulheres negras. Os pesquisadores colocam que a predisposição biológica parece um fator importante no aparecimento e na modulação do crescimento do mioma. Quem trabalha numa outra visão, que não a da ginecologia tradicional, sabe que o mioma está relacionado com fatores alimentares, *stress* e com condições de vida em geral.

A pesquisa de Souza (1995), citada previamente, demonstra a alta incidência e reincidência de miomas em mulheres negras brasileiras e que a proporção de histerectomias nas negras foi quase cinco vezes superior do que nas brancas. Miomas uterinos constituem uma das causas mais apontadas para a prática de histerectomia nas mulheres negras em vários países, inclusive no Brasil. Sabe-se que a histerectomia é uma importante causa de mortalidade feminina e, além da esterilidade, apresenta sérias conseqüências para a saúde física e emocional da mulher. Darien J. Davis (2000), em *Afro-brasileiros Hoje*, cita que no Brasil o percentual de histerectomias em negras é de 15,9%, contra 3,6% nas brancas.

Recente pesquisa conduzida pelo Dr. Michael S. Broder, da Universidade da Califórnia, em Los Angeles, conclui que mais de 70% das histerectomias realizadas nos Estados Unidos podem ter sido indicadas de forma inadequada. Segundo Broder e colaboradores (2000: 202), "há preocupação significativa entre os pesquisadores e o público de que ela poderia estar sendo usada em demasia". Foram pesquisadas 500 mulheres histerectomizadas, cuja causa não foi emergência e nem câncer, nas quais as indicações por miomas somaram 60%. Os autores afirmam que "os resultados sugerem que mulheres e seus médicos devem trabalhar juntos para determinar a causa dos sintomas, como dor ou sangramento, e explorar tratamentos alternativos antes de se decidir por uma histerectomia" (Broder et al., 2000: 202-203). Cerca de 70% das histerec-

tomias "foram julgadas como indicadas incorretamente", muitas mulheres não tiveram uma avaliação adequada da causa de seus problemas de saúde e também muitas outras não receberam tratamentos alternativos, como medicamentos, antes de suas cirurgias.

Cláudio Bacal, em Por que tantas mulheres perdem o útero, artigo especial para *Salutia*, abril de 2000, informa que, no Brasil, "são feitas cerca de 300 mil cirurgias radicais por ano no país. Um exagero que poderia ser evitado. Como resultado dessa violência ao corpo, a mulher enfrenta osteoporose, depressão e flacidez dos seios". O autor diz que, segundo Sebastião Piato, professor titular do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo:

> uma das razões que explicaria esse estrondoso número de cirurgias radicais é o medo que as mulheres têm, com o aval dos médicos, de desenvolver câncer. "Quem já teve filhos e apresenta algum problema uterino prefere se submeter à histerectomia do que correr risco de ter câncer". Piato é enfático quando se refere a mioma X histerectomia: "Conheço várias mulheres, entre 45 e 50 anos, com miomas, que fizeram a remoção do útero. Nessa faixa etária, a paciente está perto da menopausa, momento em que o útero retrai e, com essa retração, o mioma pode até desaparecer espontaneamente". (Bacal, 2000)

Segundo ainda o autor:

> Os médicos brasileiros seguem a escola americana. Nos Estados Unidos são feitas cerca de 600 mil cirurgias desse tipo anualmente. Já na Comunidade Européia são realizados apenas 10% desse total. Há casos em que o procedimento é inevitável. Mas, infelizmente, existe um exagero evidente no nosso país, desprezando o fato de que a ausência do útero traz conseqüências diversas e deve ser evitada ao máximo. (Bacal, 2000)

Anemia falciforme

A anemia falciforme é um tipo de anemia hereditária. Constitui a doença genética mais comum da população negra em todo o mundo e é a doença genética mais comum no Brasil. As anemias hereditárias são as doenças genéticas mais comuns da humanidade. A anemia falciforme resulta de uma mutação na molécula de hemoglobina, que adquiriu a forma de meia-lua ou foice, dando origem ao nome: anemia falciforme. É também conhecida pelos nomes

de drepanocitose ou siclemia (do inglês *sickling*: falciforme; derivado de *sickle*: foice; siclemia). Esta mutação se deve a uma alteração na estrutura da hemoglobina: substituição do aminoácido (unidade das proteínas) *ácido glutâmico* pela *valina*,[3] que confere à hemoglobina S, quando desoxigenada, a capacidade de se agregar, formando fibras de hemoglobina S, que deforma a hemácia, dando-lhe aspecto de foice.

É uma doença que surgiu na África, em zonas endêmicas de malária, e chegou ao Brasil e em toda a América via tráfico de escravos (Ramalho, 1978; Naoum, 1984; Zago, 1994; Teixeira, 1993; Silva, 1995). As mutações gênicas na hemoglobina são originárias de focos geográficos distintos, todos de zonas endêmicas de malária, que determinam diferentes tipos de hemoglobinopatias hereditárias. Há quatro focos africanos definidores da anemia falciforme: o da região do Senegal, do Benin, de Camarões e o foco do grupo étnico Banto. O foco de hemoglobinopatias hereditárias localizado na Ásia dá origem às anemias hereditárias denominadas talassemias ou anemia do Mediterrâneo, cuja alteração ocorre na síntese da hemoglobina, que incide sobre populações da Sardenha (Itália, Chipre e Grécia); e orientais, sobretudo na Tailândia, no Laos, no Camboja, na Malásia, no sudeste da China e em algumas regiões da Índia.[4] Também existem síndromes falciformes na Índia.

Zago, em *Anemia falciforme e doenças falciformes*, revela que:

> no Brasil, distribui-se heterogeneamente, sendo mais freqüente onde a proporção de antepassados negros da população é maior (Nordeste). Além da África e Américas, é hoje encontrada na Europa, em virtude da migração voluntária da África e do Caribe, principalmente para a Inglaterra, França, Bélgica, Holanda e Alemanha, e em grandes regiões da Ásia. No Brasil, a

---

[3] Hemoglobina A ou HbA: hemoglobina normal; Hemoglobina S ou HbS: hemoglobina siclêmica ou falciforme.

[4] Talassemia (do grego *thalassa*: mar; e *hemos*: sangue), ou anemia de Cooley, ou anemia mediterrânea, visto que é de alta incidência em pessoas da região do Mediterrâneo: turcos, gregos e italianos, mas também tem alta incidência na Índia e no Oriente Médio. As talassemias consistem em mutações na síntese das cadeias da globina (alfa ou beta), e classificam-se em alfa talassemias e beta talassemias, de acordo com o local da mutação, se cadeia alfa ou beta. As síndromes talassêmicas são constituídas pelas alfa e beta talassemias e por outros tipos de talassemias (delta-beta-talassemias, talassemias interativas). Atualmente, cura-se a talassemia com enxerto de medula óssea, logo após o nascimento. O defeito genético que origina a talassemia em geral não ocorre na estrutura da hemoglobina (como na anemia falciforme), mas se dá na síntese das cadeias de globina, por esta razão o enxerto de medula óssea 'funciona' e cura a talassemia.

> doença é predominante entre negros e pardos, porém também ocorre entre brancos. No sudeste do Brasil, a prevalência média de heterozigotos (portadores) é de 2%, valor que sobe a cerca de 6-10% entre negros e pardos e no nordeste do país. Com base na freqüência gênica pode-se estimar grosseiramente a existência no Brasil de mais de 2 milhões de portadores do gene da HbS, mais de 8.000 afetados com a forma homozigótica (SS) e outro tanto de afetados pelas outras formas de doenças falciformes. Estima-se o nascimento de 700-1.000 novos casos anuais de afetados sintomáticos de doenças falciformes no país. (Zago, 2000: 15)

As repercussões da anemia falciforme na saúde reprodutiva de mulheres e homens devem ser expressivas, considerando-se a grande influência da doença no desenvolvimento, com considerável retardo pôndero-estatural e na maturidade sexual. Os estudos envolvendo homens são poucos e restritos aos casos freqüentes de priapismo. No caso das mulheres, há estudos que constataram abortamentos espontâneos e maiores perdas fetais, de maneira que os reflexos da doença na saúde sexual e reprodutiva, e no exercício da sexualidade, merecem mais atenção e pesquisas (Zago, 2000).

Saúde da população negra: 'estado da arte' dos estudos e das políticas públicas[5]

O estabelecimento do campo saúde da população negra no Brasil resulta de um esforço de muitas cabeças e mãos, em um árduo trabalho de construção teórica e embates políticos e ideológicos no campo da ciência e junto às escolas de saúde, aos serviços e ao governo. Ciência e governo têm respondido, ainda que timidamente. Porém, as escolas e os serviços parecem que portam uma insensibilidade pétrea. Nas escolas de saúde, há uma notória ambigüidade: não apóiam e nem negam, explicitamente. Nos cursos de graduação, o recorte étnico-racial não é transversal a nenhuma disciplina ou ao estudo/ensino das doenças, porém, na pós-graduação, há razoável número de estudos dos anos 1990 para cá. Encontramos várias dissertações de mestrado e teses de doutorado em

[5] Dados em: Oliveira, F. *A questão racial/étnica no Brasil: os legados do Cairo e de Beijing e as ações do movimento negro e do governo*. Disponível em: <www://culturabrasil.art.br/RIB/DPBartigo 3.htm>.

saúde da população negra na década de 1990 fora do tema clássico: anemia falciforme, com destaque para os miomas uterinos, mortalidade geral de negros, materna e infantil, acesso aos serviços de saúde, esterilização e raça etc.

No âmbito do Ministério da Saúde, foram realizadas as seguintes ações:

1) Quesito Cor. Definição do Ministério da Saúde, de março de 1996, que dispõe sobre a padronização de informações sobre raça e cor dos cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no país.

2) Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra, realizada pelo Ministério da Saúde e Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra, em abril de 1996. Trata-se do primeiro evento oficial do Ministério da Saúde para definir áreas de trabalho prioritárias em saúde da (e para a) população negra. A principal recomendação foi uma política nacional para a anemia falciforme, elaborada no mesmo ano, e a criação do *Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-descendente* (junho de 2000, publicado em julho de 2001).[6]

3) Norma de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, outubro de 1996 (inclusão do quesito cor). A *Resolução 196/96: Normas de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* é uma norma brasileira básica para toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, em qualquer campo do conhecimento. Estabelece as diretrizes referentes à proteção aos sujeitos de pesquisa (por exemplo, o 'consentimento livre e esclarecido', a 'vulnerabilidade') e define os alicerces éticos dos CEPs (Comitês de Ética em Pesquisa) e da Conep (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Introduz os recortes de geração (idade); racial (quesito cor)[7]; a exigência da presença de mulheres na análise de projetos de pesquisas que envolvam mulheres[8] e a adoção

[6] Organizado pelos profs. Edgar Merchan Hamann e Pedro Luiz Tauil; coordenado pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e com patrocínio do Ministério da Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br/sps/menu.htm#>.

[7] Sobre o 'quesito cor', encontramos na Resolução 196/96 sobre Normas de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: VI.3. "Informações relativas ao sujeito da pesquisa: a) descrever as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais etc. Expor as razões para a utilização de grupos vulneráveis".

[8] A Resolução 196/96 sobre Normas de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos é explícita e categórica quanto à necessidade da participação do(a) usuário(a) nos CEPs e na análise de protocolos de pesquisas para que a pesquisa seja considerada ética. VII.6. "No caso de pesquisas em grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, deverá ser convidado(a) um(a) representante, como membro *ad hoc* do CEP, para participar da análise do projeto específico".

do critério/idéia da vulnerabilidade em seus aspectos social, biológica, de sexo/gênero e hierárquica, situações nas quais o poder e autonomia encontram-se diminuídos.[9]

4) *Pré-conferência Cultura & Saúde da População Negra* (Brasília, 13, 14 e 15 de setembro de 2000), promovida pela Fundação Cultural Palmares e Ministério da Saúde, como parte das atividades preparatórias do governo brasileiro para a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância.

5) Medidas no campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos com perspectivas de benefícios para as mulheres negras: o quesito cor na Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes; a reinstalação do Comitê Nacional de Mortalidade Materna e a notificação compulsória dos óbitos maternos (1997). Lembrando aqui a inclusão do quesito cor nas declarações de óbitos.

6) Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde (PAF/MS) aprovado em agosto de 1996. É uma diretriz completa para a atenção à anemia falciforme que estabelece: a oferta do diagnóstico neonatal a todas as crianças nascidas em hospitais; a busca ativa de pessoas acometidas pela doença; a promoção da entrada no programa de pessoas diagnosticadas e que venham a ser diagnosticadas; a ampliação do acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento de boa qualidade; o estímulo e o apoio às associações de falcêmicos e às instituições de pesquisa; a capacitação de recursos humanos; a implementação de ações educativas e questões referentes à bioética, tais como o fato de o teste de anemia falciforme só ser realizado após consentimento livre e esclarecido, além do compromisso ético de garantir o direito à privacidade genética que inclui o direito ao sigilo e à não discriminação.

Outras medidas que, embora não levem em conta o recorte étnico/racial, são 'portas entreabertas' para a atenção à saúde reprodutiva e que, indiretamente, poderão contribuir para melhorar a situação das mulheres negras, como a Lei nº 9.263 sobre o Planejamento Familiar (1996). Esta Lei também disciplina a prática da esterilização cirúrgica e a emissão de várias portarias relativas ao parto nos anos de 1998 a 2000, à limitação da prática indiscriminada de cesáreas e à promoção do parto humanizado e da maternidade segura.

---

[9] Ver Oliveira (1998b).

As ações do governo brasileiro, nos anos de 1990 a 2001, para responder à demanda por políticas e serviços na busca da saúde para a população afro-descendente, são poucas e ainda estão no campo das intenções escritas. Isto é, não se concretizam no cotidiano. Por exemplo, o Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde (PAF/MS), que é a política oficial do governo brasileiro desde 1996, só está implantado no Estado de Minas Gerais e ainda em discussão e em estado adiantado de implantação nos Estados do Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul. Além disso, temos o PAF/MS nos seguintes municípios: Araras (desde 1990, é o mais antigo Programa de Anemia Falciforme do Brasil, com uma cobertura de 100%), Mauá, Santo André, Diadema, São Caetano, Campinas, Santos e São Paulo (SP), Vitória (ES) e Osório (RS).

Cabe lembrar a recente tentativa do Ministério da Saúde (junho de 2001) de desconhecer a existência do PAF/MS como a diretriz do governo brasileiro para a atenção à anemia falciforme, estabelecendo uma outra política para a anemia falciforme no bojo geral das doenças diagnosticadas pelo 'teste do pezinho' (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, e fibrose cística). A Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001, cria o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Porém, é preciso explicitar que o estabelecimento de uma Rede de Triagem Neonatal não é igual ao Programa de Anemia Falciforme, pois, no fundamental, contempla apenas o diagnóstico, e tão-somente na faixa neonatal — que, no caso da anemia falciforme, significa 'uma parte' do Programa de Anemia Falciforme, a sua porta de entrada.

Creio que, em sã consciência, ninguém é contra que o 'Teste do Pezinho' seja acessível a todos os recém-nascidos. No entanto, é um acinte 'fazer de conta' que a anemia falciforme não é um problema de saúde pública no Brasil que mereça atenção, tal qual está explicitado no PAF/MS! Portanto, estamos solicitando ao Ministro da Saúde que complemente a Portaria 822 para dizer que, após o diagnóstico, todos os casos de anemia falciforme receberão atenção tal qual está definido no PAF/MS. É o mínimo que podemos exigir, pois o então Ministro da Saúde José Serra nos deve muito, já que desativou a Política de Saúde para a População Negra do seu ministério sem dar satisfações a qualquer pessoa, e ficou por isso mesmo. Para quem não lembra, uma política de saúde para a população negra foi esboçada na administração do Dr. Adib Jatene, logo após a elaboração do Programa de Anemia Falciforme, e definida na administração seguinte do Dr. Carlos de Albuquerque, constando no documento *A saúde da população negra: realizações e perspectivas*, de Amaro Luiz Alves e Romero Bezerra Barbosa, ambos técnicos do Ministério da Saúde que naque-

la época eram os responsáveis pela área. A referida política foi encerrada pelo então Ministro José Serra.[10]

Enfim, cá estamos, mas... como estamos? E o que precisamos?

Uma revisão com sistematização das avaliações e propostas elaboradas em diferentes contextos políticos nos quais o movimento negro reivindicou políticas públicas na área de saúde[11] apresentou, em linhas gerais — especificamente na área de saúde da mulher e em relação aos profissionais de saúde —, as seguintes reivindicações:[12]

1) desenvolver políticas de educação continuada em saúde da mulher junto aos profissionais de saúde, enfocando as especificidades de doenças com repercussões importantes na saúde integral, em particular na saúde reprodutiva da mulher negra, tais como: diabetes I, hipertensão arterial, miomas, anemia falciforme, ressaltando que as duas últimas doenças podem causar abortamentos espontâneos freqüentes;

2) que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) seja revisado e que sejam incluídas as especificidades da saúde da mulher negra, assim como os novos aportes relativos à violência de gênero e saúde;

3) recomendações especiais sobre os cuidados com a anticoncepção hormonal e o dispositivo intra-uterino (DIU) em mulheres portadoras de hipertensão, diabetes, miomas e anemia falciforme;

4) sabendo-se que a primeira causa de mortalidade materna no Brasil é por hipertensão arterial não tratada na gravidez e que as mulheres negras são mais suscetíveis à hipertensão, solicita-se atenção especial a esta realidade nos serviços de saúde, sobretudo durante o pré-natal;

---

[10] Ver descrição da *Política de Saúde da População Negra* (Anexo 1).

[11] Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (Brasília, 1986); Introdução do quesito cor no Sistema Municipal de Informação da Saúde (São Paulo, 1992); Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, Pela Cidadania e a Vida (Brasília, 1995); II Reunião Nacional de Mulheres Negras, (Belo Horizonte, 20 e 21/09/1997); Pré-Conferência Cultura e Saúde da População Negra (Brasília, 13 a 15/09/2000); Documento Alternativo do Fórum Nacional de Entidades Negras (Rio de Janeiro, maio de 2000); e Diagnóstico e propostas: articulação de organizações de mulheres negras brasileiras rumo à III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, 2001. Durban, África do Sul.

[12] Com certeza, a luta pela saúde da população negra foi realizada também em inúmeros outros eventos e momentos, todavia estas são reivindicações que se encontram registradas.

5) que o Ministério da Saúde incorpore no processo de capacitação/formação do profissional da saúde a necessidade de capacitação e formação de lideranças comunitárias sobre a saúde da população negra, como forma de promoção social e combate ao racismo;

6) incorporação de conteúdos que tratem da saúde da população negra nos treinamentos, capacitação, aperfeiçoamento e especialização e em programas formulados e financiados pelo Ministério da Saúde.

Em relação à saúde da população negra, parece óbvio que urge que o governo brasileiro respeite o disposto na Constituição de 1988 (artigo 196): "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". E também na Lei Orgânica da Saúde de 1990, que afirma: "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício".

Urge que seja elaborado um Plano Nacional de Atenção à Saúde da População Negra, composto por um conjunto de medidas e ações dirigidas a enfrentar a morbidade e a mortalidade precoce da população negra brasileira. O que exige uma definição política de inclusão do recorte étnico-racial na elaboração, implantação e execução de diretrizes e ações, concomitante ao treinamento de profissionais da saúde que contemple a abordagem do curso diferenciado de algumas doenças/condições e as repercussões do racismo na saúde da população negra em todas as fases da vida. Além de amplo processo educativo/informativo/preventivo da população negra, capaz de incorporar os espaços tradicionais de cura e prevenção da população negra, nos quais a 'arte de curar' e a 'arte de cuidar' de matriz africana se inscrevem nos marcos de uma visão holística.

Referências bibliográficas

ARAÚJO, M. J. de O. Reflexões sobre a saúde da mulher negra e o movimento feminista. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 23, São Paulo, mar. 2001. Disponível em: <www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-mjose.html>. Acesso em: 31 mar. 2004.

ARTICULAÇÃO NACIONAL DE ONGS DE MULHERES NEGRAS. *Nós, Mulheres Negras: diagnósticos e propostas*, 2001.

BACAL, C. Por que tantas mulheres perdem o útero. *Salutia*, abril 2000. Disponível em: <www.brasil2.salutia.com/salutia.php>. Acesso em: 31 mar. 2004.

BARBOSA, M. I. da S. É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do 'quarto de despejo'. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 23, São Paulo, mar. 2001. Disponível em: <www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-mines.html>.

BRODER, M. S. et al. The appropriateness of recommendations for hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 95 (2): 199-205, 2000.

CHACHAM, A. S. Cesárea e Esterilização: condicionantes socioeconômicos, etários e raciais. *Jornal da Rede*, nº 23, RedeSaúde, março de 2001. Disponível em: <www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-alessandra.htm>. Acesso em: 31 mar. 2004.

CUNHA, E. M. G. de P. *Raça: um aspecto esquecido da ineqüidade na saúde no Brasil.* Trabalho apresentado no III Congresso Brasileiro, II Congresso Ibero-americano e I Congresso Latino-americano de Epidemiologia, no painel Gênero e raça em epidemiologia: uma articulação necessária na busca da eqüidade em saúde, Salvador, abril 1995. (Mimeo.)

DAVIS, D. J. *Afro-brasileiros Hoje*. São Paulo: Selo Negro, 2000.

FRANCO, L. J. Diabetes. In: HAMANN, E. M. & TAUIL, P. L. (Orgs.) *Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-descendente.* Brasília: Universidade de Brasília, 2000.

KRIEGER, N. & BASSET, M. La salud da la población negra: enfermedad, classe e ideología en la ciencia. Ciencia y Tecnologia, nº Especial de la *Monthly Review*, Ed. Revolucion, 1986.

LESSA. I. Hipertensão Arterial. In: HAMANN, E. M. & TAUIL, P. L. (Orgs.) *Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-descendente.* Brasília: Universidade de Brasília, 2000.

MARTINS, A. L. *Mulheres Negras e Mortalidade Materna no Estado do Paraná, de 1993 a 1998*, 2000. Dissertação de Mestrado, Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa.

MARTINS, A. L. Mortalidade Materna: maior risco para as mulheres negras no Brasil. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 23, São Paulo, mar. 2001. Disponível em: <www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-alaerte.html>. Acesso em: 31 mar. 2004.

MENGERT, W. F. Racial constrasts in obstetrics and gynecology. *Journal of Natural Medicine Association*, 58: 413-415, 1996.

NAOUM, P. C. Anemias imigrantes: origens das anemias hereditárias no Brasil. *Ciência Hoje*, 3(14), 1984.

OLIVEIRA, F. *Oficinas Mulher Negra e Saúde*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 1998a.

OLIVEIRA, F. *Opressão de Gênero, Feminismo e Bioética: algumas considerações para o debate*. Texto organizado para apresentação na mesa-redonda Gênero e Bioética, promovida pela Red Argentina de Género, Ciencia y Tecnologia (RAGCyT), Buenos Aires, 1998b. (Mimeo.)

OLIVEIRA, F. Recorte racial/étnico e a saúde das mulheres negras. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 22, São Paulo, nov. 2000. Disponível em: <www.redesaude.org.br/jornal/html/jr22-enc-fatima.html>. Acesso em: 31 mar. 2004.

PASCOAL, I. F. Síndromes hipertensivas na gravidez. In: HAMANN, E. M. & TAUIL, P. L. (Orgs.) *Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-descendente*. Brasília: Universidade de Brasília, 2000.

PERPÉTUO. I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 22, São Paulo, nov. 2000. Disponível em: <www.redesaude.org.br/jornal/html/jr22-enc-ignez.html>. Acesso em: 31 mar. 2004.

RAMALHO, A. S. *Estudo Médico de Polimorfismos Genéticos de Importância Clínica no Brasil*, 1978. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

SILVA, R. B. P. *Efeitos da Orientação Genética Fornecida a Doadores de Sangue com Traço Falciforme: riscos e benefícios*. Campinas: Unicamp, 1995.

SOUZA, V. C. de. *Mulher Negra e Miomas: uma incursão na área da saúde, raça/etnia*. São Paulo: PUC, 1995.

TEIXEIRA, R. C. *Viabilidade e Eficiência de um Programa de Hemoglobinopatias Hereditárias em uma Comunidade Brasileira (Araras, SP) Abordada a partir de Gestantes*, 1993. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

ZAGO, M. A. Quadro mundial das enfermidades e doenças consideradas genéticas. *Cadernos de Pesquisa Cebrap*, 2: 1994.

ZAGO, M. A. *Problemas de Saúde das Populações Negras no Brasil: o papel da anemia falciforme e de outras doenças de natureza genética*. Trabalho apresentado na mesa-redonda sobre a Saúde da População Negra, Brasília, abril 1996. (Mimeo.)

ZAGO, M. A. Anemia falciforme e doenças falciformes. In: HAMANN, E. M. & TAUIL, P. L. (Orgs.) *Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-descendente*. Brasília: Universidade de Brasília, 2000.

Anexo 1*

Política de Saúde da População Negra

a) Efetivar o Programa de Anemia Falciforme em todo o território nacional, propiciando o diagnóstico e o tratamento dos doentes, bem como o aconselhamento genético.
b) Garantir adequado investimento governamental e privado em pesquisas clínicas e epidemiológicas, que permitam a ampliação das informações técnico-científicas sobre a problemática de saúde dessa população.
c) Promover reciclagem dos profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, entre outros), com uma nova concepção da problemática específica da população negra.
d) Dar aos afro-brasileiros a oportunidade de conhecer a sua real situação de saúde, seus direitos, seus riscos individuais e coletivos, bem como sua condição de diferente, sem ser melhor nem pior do que os outros, seja no aspecto sanitário, seja nos demais aspectos do convívio social.

Outras providências tomadas ou em andamento

a) Apoio financeiro a projeto de pesquisa clínica sobre a anemia falciforme em quatro comunidades remanescentes de quilombos nos estados da Bahia e do Sergipe, em parceria com a Universidade de Brasília e a Fundação Cultural Palmares.
b) Implantação, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde, de dois sistemas simplificados de abastecimento de água na Comunidade Kalunga, remanescente de quilombos, em Goiás.
c) Elaboração e publicação do *Estudo da Mortalidade por Anemia Falciforme*, no Informe Epidemiológico do Sistema Único de Saúde (SUS).
d) Convênio com a Universidade de Brasília para a elaboração do *Manual Técnico de Diagnóstico e Tratamento das Doenças da População Negra Brasileira*.
e) Contratação, por meio da Secretaria de Saúde de Goiás, de membros da Comunidade Kalunga para atuarem como Agentes Comunitários de Saúde, em benefício de seu próprio povo.

---

* Fonte: ALVES, A. L. & BARBOSA, R. B. *A saúde da população negra: realizações e perspectivas*. 1998. (Mimeo.)

POLÍTICAS PÚBLICAS E DESIGUALDADE RACIAL: DO DILEMA À AÇÃO

Monica Grin

O objetivo desse artigo é produzir uma reflexão sobre o tipo de avaliação que segmentos do movimento social elaboram sobre políticas públicas, particularmente em um momento no qual o atual governo tenta escapar de um dilema que ainda tem se mostrado de difícil superação: de um lado, a urgência de se elaborar políticas de combate às desigualdades, que é meta de qualquer governo democrático que reconheça a discriminação racial e a desigualdade social que dela resulta; e, de outro, a sensibilidade para as especificidades das relações raciais no Brasil, de suas características *sui generis*, cuja intervenção exigiria maior criatividade política do que as que se apresentam hoje.

Tal dilema por vezes nos faz crer que o governo está acometido de uma espécie de paralisia decisória. Embora mobilizado pelas demandas do movimento social, resguarda-se de decisões de caráter mais efetivo quando se trata de combater o que o movimento social vem identificando como desigualdade 'racial'. As críticas que se dirigem ao governo fundamentam-se, em geral, na assertiva de que ele ainda se vale de princípios universalistas ou mesmo do 'mito da democracia racial', e que tais crenças não permitiriam uma atuação política mais vigorosa de combate a todas as formas de racismo e de desigualdade no Brasil.

Longe de concluir pela incompetência tecnocrática ou pela ingenuidade ideológica do atual governo, ou mesmo pela crítica fácil de manutenção do 'mito da democracia racial', sugiro que possa ser mais interessante examinar o dilema em relação ao qual o governo, não menos que a sociedade, ainda encontra dificuldade para transpor.

O tema das desigualdades raciais e de seu combate por meio de políticas públicas vem freqüentando quase diariamente as páginas de jornais, as seções de cartas e as bem-intencionadas colunas dos articulistas da grande imprensa. E isso para não falar do Jornal Nacional e do Fantástico, todos empenhados em

dar visibilidade ao tema da discriminação racial e da desigualdade, por vezes num tom colado às estatísticas que os órgãos de pesquisa do governo — principalmente o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) — vêm produzindo nos últimos anos.

O interesse que as agências governamentais e os formuladores de políticas públicas devotam ao tema do combate ao racismo e à desigualdade 'racial', se visto da perspectiva da cultura política dos governos brasileiros (sejam estes autoritários ou democráticos), traduz-se, no mínimo, em óbvia ingerência pública sobre assunto considerado 'tabu', a saber, o tema das desigualdades sociais em cujo fundamento encontrar-se-ia a 'raça'. Pode-se dizer que essa nova direção política dada à questão racial pelo governo Fernando Henrique Cardoso pressupõe a 'violação' de um pacto tácito, há muito 'respeitado' por sucessivos governos republicanos, segundo o qual a sociedade brasileira possui a marca da tolerância, da convivência racial sem conflitos, da miscigenação e da democracia racial.[1]

Vale lembrar, para não se ir tão longe, que em 1988, por ocasião do centenário da Abolição, o então Presidente José Sarney referia-se à questão racial nos seguintes termos:

> Para mim é um privilégio ser presidente da República quando o Brasil celebra cem anos da Abolição, de poder proclamar com orgulho a raça negra livre, aquela que aqui chegou com sua sensibilidade criativa, com sua música, com sua beleza, com sua cultura. Os negros trouxeram da África o que há de comovente e original na alma brasileira. (Discurso de José Sarney, por ocasião do Centenário da Abolição, Serra da Barriga, 1988)[2]

Desde 1996, já em pleno governo Fernando Henrique Cardoso, observam-se as primeiras tentativas de redirecionamento das políticas públicas relativas à questão racial. O tema 'discriminação racial e desigualdades sociais que

---

[1] Deve-se sublinhar, entretanto, que da perspectiva do debate intelectual, esse 'pacto' já fora quebrado desde a década de 1950, particularmente com os trabalhos de Florestan Fernandes (1978).

[2] Mais recentemente, o senador José Sarney vem contemplando o problema da discriminação racial em versão menos culturalista. Seu Projeto de Lei de 1999 (nº 650), que institui quotas de ação afirmativa para a população negra no acesso aos cargos e empregos públicos, à educação e aos contratos do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, assume um tom cujo apelo à justiça e à reparação é fortemente sublinhado e cuja referência às políticas de ação afirmativa aplicadas no contexto racial norte-americano é particularmente ressaltada. Cf. o site: http://www.interlegis.gov.br.

dela advêm' abriga-se no guarda-chuva dos direitos humanos como questão a demandar justiça reparatória, tal como revelado nos compromissos assumidos pelo governo brasileiro em fóruns e acordos internacionais. O que estaria em jogo nessas arenas, com efeito, é o tácito reconhecimento por parte do governo, dos intelectuais e de grande parte da sociedade civil de que existe discriminação racial no Brasil e que tal fenômeno vem promovendo óbvios prejuízos, sobretudo quanto às oportunidades econômicas e sociais à população negra.

Do ponto de vista legal, a Constituição brasileira de 1988 consagra como objetivos fundamentais da República: "Construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, cor e idade e quaisquer outras formas de discriminação".[3]

De acordo com segmentos do movimento negro, por exemplo, trata-se de um princípio que implica uma prestação positiva do Estado e que, portanto, "a Constituição vigente prevê textualmente a adoção de políticas que promovam a igualdade racial, com a denominação que se queira dar a tal política" (Silva Jr., 1996: 25). Ademais, a Constituição de 1988 estabelece formas de discriminação positiva (portadores de deficiência física e combatentes), neste caso exceções constitucionais ao princípio da igualdade expresso no artigo 5 da Constituição.

Ainda que sejam discutíveis as interpretações propostas por alguns constitucionalistas[4] quanto ao papel do Estado na promoção de políticas de igualdade racial, o fato é que os apelos à sensibilidade do governo para adoção de políticas compensatórias ou redistributivas vêm desde então surtindo algum efeito.

Passos significativos, se comparados a governos anteriores, já vêm sendo dados pelo atual governo. Primeiro, através do Programa Nacional de Direitos Humanos, instituído entre 1995 e 1996. Entre seus colaboradores, encontram-se representantes da comunidade negra, membros dos ministérios e de entidades civis. O objetivo a coroar tal iniciativa seria o de divulgar e mobilizar grupos do governo e da sociedade civil, a fim de formular políticas orientadas para diminuir ou superar níveis de desigualdades sociais e de violações de direitos humanos.

---

[3] Nesse espírito, o racismo torna-se crime imprescritível e inafiançável pelo Art. 5, XLII.

[4] Cf. Neves, M. Estado democrático de direito e discriminação positiva: um desafio para o Brasil. In: Souza, J. (Org.) *Multiculturalismo e Racismo: uma comparação Brasil — Estados Unidos*. Brasília: Paralelo 15, 1997.

No que se refere particularmente aos negros, um decreto presidencial, de 20 de novembro de 1995, instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) com o objetivo de sugerir ações políticas de valorização da população negra. Medidas de curto, médio e longo prazos foram elaboradas, sendo a mais ousada a que propõe a formulação de políticas de cotas que promovam social e economicamente a comunidade negra.

O Presidente da República também criou, no âmbito do Ministério do Trabalho, o Grupo de Trabalho para a Eliminação da Discriminação no Emprego e na Ocupação (GTDEO), que tem como objetivos, entre outros, definir ações de combate à discriminação e estabelecer o cronograma para a sua execução; este grupo teria também a incumbência de propor estratégias de implementação de ações de combate à discriminação no emprego e na ocupação.

Entre os anos de 1996 e 2000, podemos identificar algumas medidas que, se ainda não foram adotadas na prática, ao menos povoam o horizonte de intenções do governo:

1) Inclusão do quesito 'cor' nos instrumentos de apuração e de identificação de dados e pesquisas patrocinadas pelo poder público.
2) Parceria com a TVE/Fundação Cultural Palmares/Ministério da Justiça para veicular positivamente a imagem do negro na mídia.
3) Inclusão crescente da população negra na publicidade governamental, pelo princípio de valorização da diversidade.
4) Organização de mapas das áreas habitadas por remanescentes de quilombos e sua inserção na Internet.
5) Parâmetros curriculares nacionais valorizando também a população e a contribuição cultural dos negros na construção da nação brasileira.
6) Programa do livro didático e TV escola visando à valorização da 'etnia afro-brasileira'.
7) Apoio financeiro e técnico a programas de alfabetização e a cursos supletivos promovidos pelo Movimento Negro e/ou destinados à população negra.
8) Projeto de qualificação de trabalhadores da população afro-brasileira visando geração de renda.
9) Eliminação, por parte dos agentes executores de políticas públicas, em geral no Sistema Nacional de Emprego, de práticas que reproduzem a discriminação existente no mercado de trabalho.
10) Apoio da comunidade solidária, em parceria com empresas privadas, a projetos que se desenvolvem em comunidades carentes, mas que promovem benefícios específicos para os negros.

Ao longo de 2001, o tema da discriminação racial e das desigualdades ganha um renovado fôlego na esteira dos preparativos para a Conferência Mundial das Nações Unidas Contra o Racismo, em Durban, na África do Sul. A demanda por cotas para negros no mercado de trabalho e na educação é retomada por antigos atores nessa luta — segmentos do Movimento Negro, por exemplo — e desencadeou uma onda de adesões de atores nunca antes diretamente envolvidos nessa questão. Todos quiseram falar e todos falaram.

O Ministro do Desenvolvimento Agrário, Raul Jungmann,[5] anunciou a adoção de cotas para negros em seu ministério com repercussões nos três poderes e na sociedade. O Ministro da Educação, Paulo Renato de Souza, mesmo insistindo que o seu ministério permanece orientado por princípios universalistas, anunciou recentemente um acordo de dotação com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), cuja destinação é para o reforço de cursinhos pré-vestibulares para negros. Dez milhões seriam destinados ao Instituto Biko, da Bahia.[6]

O Ministro do Supremo Tribunal Regional, Marco Aurélio de Mello, reforçou o coro do executivo e manifesta-se sensibilizado com a questão ao pedir medidas que viabilizem as mesmas oportunidades para negros e brancos na sociedade brasileira. O Poder Executivo criou, em 5 de outubro de 2001, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação, que tem como competência o acompanhamento e a avaliação das políticas públicas afirmativas de promoção da igualdade e da proteção dos direitos de indivíduos e grupos sociais e étnicos afetados por discriminação racial e demais formas de intolerância.

O presidente Fernando Henrique Cardoso, em discurso pronunciado no Dia da Cultura (7 de novembro de 2001), incorporaria ao seu léxico político a expressão 'políticas de ação afirmativa', para ele uma alternativa adequada ao alcance da igualdade de oportunidades no mercado de trabalho. Referindo ao Plano Nacional de Qualificação do Trabalhador (Planfor), assim ele se expressa: "O Planfor é uma clara política de ação afirmativa. Sou favorável a políticas de ação afirmativa. É preciso que haja clareza quanto a essas políticas para que possamos levar isso adiante".[7]

---

[5] Cf. as posições do Ministro Raul Jungmann, no site: http://www.desenvolvimentoagrario.gov.br.

[6] Souza, P. R. A questão racial e a educação no país. *O Globo*, Rio de Janeiro, 30 ago. 2001.

[7] Discurso do Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, por ocasião do Dia da Cultura, Palácio do Planalto, Brasília, 7 de novembro de 2001. Cf. a íntegra do discurso no site: http://www.mre.gov.br.

Alguns anos antes, num seminário em Brasília, em 1996, Fernando Henrique Cardoso não se mostrava tão entusiasmado com a possibilidade de se adotar esse tipo de política:

> Por isso, nas soluções para esses problemas, não devemos simplesmente imitar. Temos que usar a criatividade. A nossa ambigüidade, as características não-cartesianas do Brasil que dificultam em tantos aspectos, também podem ajudar em outros. Devemos buscar soluções que não sejam pura e simplesmente a repetição, a cópia de soluções imaginadas para situações onde também há discriminação, onde também há preconceito, mas num contexto diferente do nosso. É melhor, portanto, buscarmos soluções mais imaginativas.[8]

Renomados economistas adequaram a linguagem das políticas de ação afirmativa e das cotas às suas agendas de pesquisa sobre desigualdades sociais, reforçadas pelo impacto das estatísticas que revelam o abismo que separa brancos de negros e pardos na sociedade brasileira. A economista e jornalista Miriam Leitão, por exemplo, vem se empenhando para tornar visível e público o debate sobre cotas no Brasil.[9] Durante todo o segundo semestre de 2001, o tema das cotas para negros ocupou a grande imprensa, nas seções de cartas, nos editoriais e nas principais colunas de articulistas da grande imprensa, para não falar na Internet, quase diariamente e em disputa com o bombástico 11 de setembro.

As mais recentes análises sociológicas e estatísticas[10] têm revelado um persistente padrão de discriminação racial difuso e velado, que opera em todos os níveis da sociedade brasileira, mais especificamente nas oportunidades do mercado educacional, o que explicaria, melhor o estágio atual de desigualdade racial, cujas maiores vítimas seriam os negros (Hasenbalg & Silva, 1992; Henriques, 2000). Neste caso, se a discriminação racial é uma fonte independente de desvantagens para os negros — ou seja, causa eficiente de pobreza e privação, e de ausência de igual oportunidade em mercado liberal —, residirá no

---

[8] Cardoso, F. H. Discurso de abertura do seminário internacional. In: Souza, J. (Org.) *Multiculturalismo e Racismo: o papel da ação afirmativa nos estados democráticos contemporâneos*. Brasília: Paralelo 15, 1997.
[9] Cf. sua coluna *Panorama Econômico*, no *O Globo* de 24 de agosto de 2001.
[10] Cf. Hasenbalg, C.; Silva, N. do V. & Lima, M. *Cor e Estratificação Social*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria , 1999.

nível da cultura política, da moralidade e da justiça distributiva a solução para as desigualdades raciais.

A evidência de que esse problema possa persistir como uma espécie de dilema, a despeito da bem-intencionada tentativa do governo de combater as desigualdades raciais, encontra-se no ainda visível descompasso das percepções raciais. De um lado, o reconhecimento da desigualdade entre brancos e não-brancos (pretos e pardos) na pirâmide social brasileira, conforme as estatísticas; de outro, a crença ordinária, de enorme eficácia simbólica, de que o Brasil é ou virá a ser uma democracia racial, e que qualquer apelo à racialização seria também uma forma de racismo. Ademais, enquanto segmentos do movimento social e alguns intelectuais valem-se de sistemas de classificação racial rígidos, a população utiliza-se de uma variedade expressiva de termos para se autodefinir em matéria de raça, cor ou etnia (PNAD-1976; Datafolha, 1995; Schwartzman, 1999; Grin, 2002). Tal paradoxo revelado na dinâmica 'racial' brasileira, pode-se dizer, tem sido a 'pedra no sapato' tanto para o sucesso na luta pela racialização empreendida por significativos segmentos do Movimento Negro, quanto para o governo, que não consegue transpor o aparente paradoxo entre o realismo sociológico das estatísticas e o simbolismo da harmonia racial como parte fundamental de nossa ideologia nacional.

Com efeito, para que o governo adote políticas públicas de recorte étnico/racial, ele deve antes supor ser a sociedade brasileira racialmente segmentada. Isto significaria, a um só tempo, a desestabilização de uma cosmologia racial complementar e mestiça e a 'violação' de uma 'estrutura moral e afetiva' que envolveria as relações entre sujeitos 'raciais' no Brasil (Freyre, 1987; DaMatta, 1991). Segue-se que, da perspectiva do estado das artes do debate político sobre relações raciais no Brasil, parece não existir bases de consenso a partir das quais o governo consiga extrair justificativas morais absolutistas ou proposições políticas persuasivas para transpor unilateralmente esse dilema.

Entretanto, para todo efeito prático — afinal o problema da desigualdade racial está na pauta de reivindicações prioritárias de segmentos do Movimento Negro dirigidas ao governo —, se a discriminação racial e, em conseqüência, a desigualdade racial e social vêm sendo política e oficialmente reconhecidas (a despeito de diferentes explicações de natureza simbólica), o que está em pauta de discussão a mobilizar segmentos do governo e da sociedade civil são formas e estratégias de compensação, de desconto temporal, a serem oficialmente adotadas pelo governo para aplacar desigualdades sociais que resultam de discriminação racial.

Os números impressionantes da desigualdade entre 'negros' e 'brancos' no Brasil, veiculados pelas estatísticas nacionais, aguçam naturalmente a sen-

sibilidade de um governo que se quer democrático. Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD) de 1999, os negros (pretos mais pardos) representam 45% da população brasileira, mas correspondem a 64% da população pobre e 69% da população indigente. Os brancos representam 54% da população total, mas apenas 36% dos pobres e 31% dos indigentes. A escolaridade de um jovem negro com 25 anos é de mais ou menos 6,1 anos de estudo. Já um jovem branco de mesma idade tem cerca de 8,4 anos de estudo. Oito por cento dos jovens negros entre 15 e 25 anos são analfabetos, já entre os brancos, 3%; 5% dos jovens negros de 7 a 13 anos não freqüentam a escola e somente 2% dos jovens brancos nessa faixa de idade.[11] Os indicadores de morbidade e mortalidade apresentados no artigo de Fátima Oliveira (publicado nesta coletânea) revelam dados surpreendentes. Afirma-se que as mulheres vivem em geral mais do que os homens. Todavia, quando se trata de comparar o índice de mortalidade das mulheres negras com o dos homens brancos, esse padrão é violado: o percentual de óbitos antes dos 50 anos é de 40,7% para mulheres negras e 39% para o homem branco.

Ao se apoiar em pesquisas estatísticas para formular políticas públicas, o governo paralisa-se diante da ambigüidade entre diagnósticos numéricos de desigualdade racial e percepções e crenças raciais que não necessariamente ecoam a dramaticidade dos dados empíricos em sua versão estatística. Há que se sublinhar que o atual governo tem crescentemente pautado suas estratégias de intervenção política em clara sintonia com o mundo das estatísticas. Talvez nenhum outro governo tenha sido tão atento aos indicadores sociais que institutos nacionais e internacionais apresentam sistematicamente: Instituto de Direitos Humanos (IDH), PNAD, indicadores do Ipea, do Banco Mundial, censos etc.

É nesse espírito de bem-intencionadas iniciativas oficiais para o enfrentamento da exclusão social dos negros na sociedade que cabe uma questão cuja reflexão merece ser mais densa. Por que, mesmo elaborando um vigoroso quadro de potenciais políticas públicas orientadas para a população negra, o governo permanece conferindo importância e mesmo acalentado os valores da mistura, da harmonia, da tolerância entre as raças e as religiões como bens genuinamente brasileiros, a despeito da aparente incompatibilidade destes com as demandas de políticas de recorte étnico/racial? Por que o governo permanece acalentado esses valores como marca nacional? Por que ainda utiliza essa ideologia nacional como moeda de troca nos seus discursos em fóruns inter-

[11] Esses dados podem ser encontrados em Ricardo Henriques (2000).

nacionais? Seria a nossa dinâmica 'racial', do ponto de vista do governo, uma lição que o Brasil estaria oferecendo para um mundo no qual os conflitos étnicos e religiosos são tão abundantes?

Por que esses valores são tão vitais nos discursos de Fernando Henrique dentro e fora do Brasil? Por que o governo Fernando Henrique nos dá sempre a impressão de querer uma saída para as desigualdades raciais que não signifique jogar fora o bebê com a água do banho?

Cito mais uma vez Fernando Henrique em dois diferentes momentos, na tentativa de revelar a raiz do dilema anteriormente desenvolvido:

> Acho que a complexidade da nossa formação cultural deve ser usada de uma maneira criativa. Aqui temos discriminação, aqui temos preconceito, mas as aves que aqui gorjeiam, não gorjeiam como lá. Ou seja, não é o mesmo tipo de discriminação, não é o mesmo tipo de preconceito de outras formações culturais. (Cardoso, 1998: 19)

> O mundo será sempre bom e mau ao mesmo tempo, para desalento dos maniqueístas. Fico a me perguntar se não é exatamente assim que nós, brasileiros, costumamos sentir o nosso entorno. Nada nos soa absolutamente positivo ou irremediavelmente negativo. Somos refratários a lógicas binárias, onde as opções são mutuamente excludentes... Tenho me pronunciado nas últimas semanas contra o discurso do choque das civilizações. E continuarei a fazê-lo. Se não fizesse estaria traindo não apenas as lições do candomblé, mas o espírito do povo brasileiro, que sempre soube matizar suas circunstâncias. Um povo que repudia o terrorismo, mas se preocupa com as causas da intolerância e da exclusão. Um povo que é parte do ocidente judaico-cristão, mas não se esgota nessa dimensão de sua cultura... Por tudo isso, hoje é um dia de grande alegria. Quero terminar dizendo que tenho uma grande emoção de ser Presidente de um Brasil negro, de um Brasil mestiço, de um Brasil branco. (Cardoso, 2001: 5-6) (cf. nota de rodapé nº 7)

A ambigüidade do discurso de Fernando Henrique Cardoso nada mais é do que a expressão do dilema que aprisiona o governo brasileiro em seu intuito de combater as desigualdades 'raciais' no Brasil. Não parece claro, ao menos na fala do presidente, que possamos reconhecer no Brasil uma ontologia birracial na qual a sociedade se dividiria em negros e brancos. Se essa premissa não está clara para o conjunto da população brasileira, como implementar políticas que a pressupõem? É nesse ponto do argumento que me permito comentar o texto de Fátima Oliveira, cujo conteúdo consiste da afirmação de que há

doenças que acometem especificamente a população negra e que por isso merecem ser reconhecidas cientifica, política e sociologicamente em sua natureza étnico-racial. Para Oliveira, como informa no texto desta coletânea, quanto mais cegos aos aspectos étnico-raciais de determinadas doenças, menores as chances de sucesso na sua prevenção e no seu combate:

> Conceitualmente, doenças étnico-raciais são aquelas cuja prevalência e/ou evolução cursam de modo diferenciado em um grupo populacional racial ou étnico (como brancos, negros, amarelos, judeus, ciganos etc.) e em mestiços de tais grupos, podendo ter causa exclusivamente genética ou multifatorial. (...) Além disso, todas são doenças que têm uma interferência muito íntima na saúde reprodutiva da mulher negra e na diminuição da vida produtiva de negros em geral. (...) Tal perspectiva pode ser elucidada pela descrição dos seguintes agravos: diabetes *mellitus* tipo II, hipertensão arterial, síndrome hipertensiva na gravidez, miomas uterinos e anemia falciforme.

Esses rígidos recortes étnico-raciais, para efeito de diagnóstico e cura, não gozam, contudo, de unanimidade sequer na área da pesquisa médica. Simone Monteiro, em seu texto publicado nesta coletânea, expõe as mesmas dificuldades que a área da saúde pública encontra para lidar no Brasil com recortes étnico-raciais rígidos:

> As recentes descobertas no campo da genética, particularmente aquelas sobre a decodificação do código genético humano, confirmam que, do ponto de vista das ciências biológicas, o conceito de raça não existe, visto que negros, brancos e asiáticos diferem tanto entre si quanto dentro de suas próprias etnias. Isto significa dizer que todos os seres humanos são da mesma espécie, independentemente da aparência. (...) Considera-se que as relações entre etnia/raça e saúde devem ser entendidas a partir de fatores econômicos, históricos e socioculturais, incluindo os efeitos do preconceito étnico-racial na definição dos agravos da saúde. Tal perspectiva deve levar em conta as evidências sobre a falta de clareza e consistência conceitual dos termos raça, etnia e etnicidade na produção científica em saúde pública e as dimensões histórica e sociocultural dos referidos termos.

O argumento de Fátima Oliveira, tal como revelado em seu texto, sugere um quadro panorâmico bastante preocupante sobre a saúde da população negra no Brasil e conclui que há a necessidade de o governo brasileiro desenvolver políticas públicas de recorte étnico-racial, a fim de melhor combater os

efeitos do racismo e melhorar os indicadores da saúde da população negra no Brasil. Sugere, ainda, que tanto as desigualdades social e racial quanto as doenças exclusivamente genéticas não vêm merecendo intervenções políticas mais decisivas por parte do governo. Como cientista social, posso compreender e vislumbrar o estímulo à pesquisa, a busca de conhecimento orientada para resolução de males específicos que acometem mais freqüentemente a população negra, as políticas públicas que corrijam distorções que resultam de desigualdades sociais, a inclusão nos hospitais e postos de saúdes de especialistas em doenças exclusivamente raciais, sobretudo em regiões urbanas e rurais mais empobrecidas, nas quais as populações pretas e pardas vivem em maior número. Tenho, contudo, alguma dificuldade sobre como a proposta de uma política de saúde de corte étnico-racial se operacionaliza. Como na prática, ou seja, nos hospitais públicos, nos postos de saúde, nos hospitais comunitários se expressaria um serviço público racialmente orientado?

Consigo até vislumbrar essa possibilidade no contexto norte-americano, cuja longa história de segregação racial produziu uma forte comunidade negra e cujos serviços se montavam e estavam orientados para a própria comunidade. Médicos negros com pacientes negros, universidades negras com pesquisa orientada para a comunidade negra, hospitais localizados em bairros negros para atender basicamente a população negra. Havia, portanto, constrangimentos raciais e sociais que exigiam, dessas comunidades negras, uma necessária autocompreensão do grupo. A experiência de segregação comunitária e institucional nos Estados Unidos criou, obviamente, saberes e práticas específicas e reconhecidas pelas pessoas que nelas operavam como sujeitos e objetos dessa dinâmica, ou seja, a população negra (Thernstrom & Thernstrom, 1997).

No Brasil, caberá ao médico e aos agentes de saúde pública a identificação de quem são os 'negros'. No Brasil, como sabemos, tal procedimento pode não corresponder à autopercepção da comunidade a ser dividida entre negros e não-negros pelo poder público. Até que ponto essa identificação pelo médico não pode produzir distorções também? Qual é a eficácia de um procedimento dessa natureza? Não se trata de estar mais atento às sutilezas das autoclassificações étnico-raciais no Brasil, ou mesmo em como o sujeito social, o paciente, o médico ou o agente comunitário lidam com essas categorias e classificações no seu dia-a-dia? Não será mais complexo do que apenas imaginar que a população brasileira se autoclassifica e se comporta segundo as categorias que Fátima Oliveira chama de étnico-raciais?

Em relação à anemia falciforme, pude compreender através do texto de Fátima de Oliveira que seria uma doença que acomete negros e que merece intervenções de políticas públicas que se orientem para a população negra. Pois

bem, se a população brasileira é historicamente miscigenada, e sendo a anemia falciforme uma doença geneticamente transmissível, como identificar a doença em pessoas que se autoclassificam ou são classificadas como brancas, ainda que sua ascendência seja negra? Como uma política para saúde pode ter eficácia valendo-se de um rígido recorte étnico-racial em um país no qual essa rigidez não pode ser, a não ser por imposição autoritária, identificada?

Há outra questão que gostaria de salientar e que na verdade é mais uma dúvida. Fátima Oliveira sugere um amplo processo educativo/informativo/preventivo da população negra, que seja capaz de incorporar os espaços tradicionais de cura e prevenção da população negra, nos quais a 'arte de curar' e a 'arte de cuidar' de matriz africana se inscreve nos marcos de uma visão holística". Como se incorporariam os espaços tradicionais de cura, que são na prática, e mesmo por princípio, muitas vezes contraditórios às determinações da medicina ocidental? Isso não poderá resultar em estímulo a uma medicina mais barata reservada à população negra? Isso não reproduziria a exclusão?

Conclusão

Observamos nos últimos anos que o cenário das relações raciais no Brasil vem mudando visivelmente. Socializam-se novas idéias e até inéditas percepções sobre a questão racial, elaboram-se diagnósticos e propõem-se criativamente estratégias de ação por 'velhos' e 'novos' atores sociais, a fim de alterar a dinâmica da discriminação racial quase sempre oblíqua e de perversas conseqüências para a população negra.

Algumas importantes ordens de consideração sobre a dinâmica das relações raciais podem ser sublinhadas: a primeira se refere à percepção já corrente, também entre as elites, de que o Brasil é marcado por profundas desigualdades sociais e que um dos pilares mais relevantes desse desajuste tem sua origem nas desigualdades produzidas por discriminação racial. Contudo, à percepção generalizada de que há racismo no Brasil, não se segue, necessariamente, a identificação consensual de quais seriam os agentes desse racismo. As estatísticas oficiais estão aí e nos defrontam com a baixa qualidade de vida, com dificuldades de acesso à educação e à saúde, com o aumento do desemprego. Enfim, com uma gama de obstáculos que atinge muito diretamente e, em maior, grau, a população negra deste país.

A segunda refere-se às percepções, não tão correntes, que ainda de forma silenciosa estão relativizando o papel do Estado, tradicionalmente visto como crucial, como ator em cuja fonte encontrar-se-ia a grande solução para os

males do racismo no Brasil. O foco no Estado, além de viciar nossa sensibilidade em relação às formas de se contemplar a dinâmica das relações raciais e as formas de combate à discriminação, parece não corresponder às descobertas, cada vez mais freqüentes, de inúmeras iniciativas em curso na sociedade civil, no mundo da vida, que não necessariamente dependem do intercurso ou patrocínio do Estado. As ações 'focais', ou seja, orientadas para comunidades específicas visando à diminuição das desigualdades raciais, quando advindas do Estado, encontram, não raro, fortíssima resistência da população em geral, sobretudo tratando-se de país cuja cultura política não tolera a afirmação da diferenciação racial, especialmente para fins que envolvam demandas de políticas públicas.

Concluindo, diria que a expressão político-normativa orientada pelas demandas da dinâmica das relações raciais no Brasil encontra-se, hoje, enredada no seguinte dilema: 1) ou bem o governo brasileiro capitula aos imperativos de uma ordem multirracial, a partir da qual o pertencimento racial (mais do que outras formas de identidade) venha a definir os sujeitos de direito em uma nova 'política de reconhecimento' e também em uma nova 'política de distribuição', para diminuição das desigualdades que resultam da discriminação racial; 2) ou bem resiste, por acreditar que outras formas de identidade e de solidariedade possam contingentemente emergir sem que a 'raça' opere como marcador único nas políticas de distribuição de bens sociais pelo governo e pela sociedade civil. Mas, para isso, há que se ter criatividade.

A saúde pública no Brasil, de alguma maneira, enreda-se também nesse dilema. Ou bem se adota, para efeito de políticas públicas para a saúde da população negra, critérios biológicos aceitando-se a raça pura e simplesmente como fundamento eficiente para cura e diagnóstico de doenças que acometem a população negra, ou bem se considera a "dimensão subjetiva e social para o entendimento de raça/etnia em detrimento do paradigma biológico" (Simone Monteiro, nesta coletânea).

Quanto à sociedade civil, diria, com algum lamento, que o reconhecimento por parte da maioria da população de que existe discriminação racial no Brasil não vem correspondendo, por enquanto, à necessária indignação moral que, em princípio, funcionaria como motor para a ação política — ou seja, para um projeto ou para uma utopia mais coletiva e menos fragmentada de enfrentamento das desigualdades raciais no Brasil.

Referências bibliográficas

CARDOSO, F. H. Construindo a democracia racial. *Coleção Documentos da Presidência da República*. Brasília: Presidência da República, 1998.

DAMATTA, R. *Carnivals, Rogues, and Heroes: an interpretation of the Brazilian dilemma*. Notre Dame: University of Notre Dame, 1991.

FERNANDES, F. *A Integração do Negro na Sociedade de Classes*. 3.ed. São Paulo: Ática, 1978. v. 1 e 2.

FREYRE, G. *Casa-Grande & Senzala*. 25.ed. Rio de Janeiro, José Olympio, 1987.

GRIN, M. Cor, etnia e ritualização do mérito na UFRJ. In: QUEIROZ, D. M. (Org.) *O Negro na Universidade*. Salvador: Novos Toques, 2002.

HASENBALG, C. & SILVA, N. do V. *Relações Raciais no Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Rio Fundo/Iuperj, 1992.

HENRIQUES, R. *Desigualdade Racial no Brasil: evolução das condições de cidadania na década de 90*. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. (Mimeo.)

SCHWARTZMAN, S. Fora de foco: diversidade e identidades étnicas no Brasil. *Novos Estudos Cebrap*, 55, 1999.

SILVA JR., H. *Discriminação Racial no Mercado de Trabalho Brasileiro*. Trabalho elaborado para a OIT, São Paulo, 1996. (Mimeo.)

THERNSTROM, S. & THERNSTROM, A. *America in Black and White*. New York: Simon & Schuster, 1997.

Formato: 16 x 23cm
Tipologia: Charllote (miolo e capa)
Papel: Pólen Bold 70g/m² (miolo)
Cartão Supremo 250g/m² (capa)
Fotolitos: Graftipo Gráfica e Editora Ltda. (capa)
Impressão e acabamento: Imprinta Gráfica e Editora Ltda.
Rio de Janeiro, maio de 2004.

Não encontrando nossos títulos em livrarias, contactar a EDITORA FIOCRUZ:
Av. Brasil, 4036/1º andar, sala 112, Manguinhos, 21041-361, Rio de Janeiro RJ
tel (21)3882-9039 e 3882-9041 telefax (21)3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br http://www.fiocruz.br/editora